

## Sommaire

### Introduction

I.	L'éthique : quelques définitions.....	1
1.	Différence entre l'éthique et la morale.....	1
2.	Pourquoi avons-nous besoin de l'éthique.....	2
II.	Droit à la santé.....	3
1.	Principaux faits.....	3
2.	Observation générale sur le droit à la santé.....	4
3.	Les éléments essentiels du droit à la santé.....	5
4.	Action de l'OMS.....	6
5.	Charte européenne d'éthique médicale (principes).....	6
6.	Préambule (principes éthique).....	7
III.	La santé et les progrès techniques .....	9
1.	La révolution du génie génétique.....	10
2.	Un combat efficace...mis sans fin .....	11
3.	Des tensions économiques à surmonter.....	12
IV.	La santé face à la notion d'une limite économique.....	12
1.	Fixation de l'objectif ne concerne que la part des dépenses que la collectivité prend en charge.....	13
2.	L'approche éthique et l'approche économique dans le champ de la santé doivent être complémentaires.....	16
V.	La santé et ses références éthiques.....	19

VI.	Choix collectifs et accès individuels à la santé : à la recherche de critère.....	23
VII.	Pour une meilleure analyse du besoin de santé.....	31
VIII.	L'impératif de l'évaluation.....	35
IX.	La prévention : un concept ancien à modérer .....	39
	1. Testes génétiques et prévention.....	41
	2. La prévention du risque.....	42
	3. Responsabilité conjointe de l'individu et de la société .....	43
	4. Objectif prioritaire.....	45
X.	Le débat démocratique dans l'établissement des politiques de santé.....	47
XI.	Constatations et recommandations.....	53
XII.	Les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de la santé en milieu hospitalier.....	56
	1. Principes commandant l'évaluation du cout de la prise en charge hospitalière.....	58
	• Les missions sociales de l'hôpital.....	59
	• Inégalité, dimension éthique et rentabilité .....	61
	2. L'importance de la prise en compte du problème dans sa globalité .....	63
	• L'incidence de l'innovation.....	64
	• médicament .....	67
	• prévention et précaution .....	67

3. Du danger d'un instrument de mesure unique pour évaluer le rapport (cout /bénéfice).....	68
• Des critères de choix multiples .....	69
• Renforcer l'efficacité de la cohérence des activités hospitalières par une évaluation permanente .....	71
• Les plans du ministère de la santé et les nouveaux instruments de cotation.....	73
4. Conclusion .....	76
XIII. Recommandation du CCNE.....	79
<b><i>Partie pratique</i></b>	
I. Introduction.....	84
1. Santé publique .....	84
2. Santé mondiale.....	84
II. Problématique.....	85
1. Quel est l'état de la santé en Algérie ? .....	85
2. La santé souffrante en Algérie.....	86
III. Parmi les plus grands problèmes de santé publique en Algérie .....	87
1. Mal gestion des hôpitaux.....	87
• L'Algérie est victime de la mauvaise gestion .....	87
2. Mauvais comportement du personnel médical envers les malades.....	88

3. Pénurie de médicaments.....	89
• <b>Faut-il assainir le marché du médicament ?</b> .....	91
4. Manque d'hygiène.....	91
• Etudes et statistiques sur les infections nosocomiales dans les hôpitaux.....	92
• Les infections nosocomiales dans les hôpitaux algériens.....	105
5. Défectuosité des appareils médicaux.....	107
• Le séjour amer des malades au CHU d'Oran.....	107
• Souffrance des cancéreux, faute de scanner et d'appareils de radiologie.. ..	108
• L'administration de l'hôpital explique le problème par la grande pression dont souffrir la structure.....	108
Annexe 1 : la place des dépenses de santé dans le PIB.....	82
Annexe2 .....	83
IV. Recommandation .....	106
V. Conclusion.....	109
VI. Références bibliographiques	

## ***Abréviation***

<b>ADN:</b> Acide désoxyribonucléique.....	<b>10</b>
<b>AP-HP:</b> Assistance publique - Hôpitaux de Paris.....	<b>67</b>
<b>ANAES :</b> Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé .....	<b>38</b>
<b>CCAM:</b> Classification commune des actes médicaux.....	<b>74</b>
<b>CCNE:</b> Comité consultatif national d'éthique.....	<b>17</b>
<b>CDC:</b> Centers for Disease Control and Prevention.....	<b>92</b>
<b>CEOM:</b> Charte européenne d'éthique médicale.....	<b>6</b>
<b>CHU:</b> Centre hospitalier universitaire.....	<b>78</b>
<b>DASRI :</b> Déchets d'activités de soins à risques infectieux.....	<b>91</b>
<b>Dr:</b> Docteur.....	<b>88</b>
<b>DG :</b> directeur général .....	<b>88</b>
<b>ET :</b> écart type .....	<b>93</b>
<b>FDA:</b> Food and Drug Administration (FDA, « Agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux ».....	<b>70</b>
<b>G.E.S :</b> groupement de coopération sanitaire.....	<b>80</b>
<b>IRM:</b> Imagerie par Résonance Magnétique.....	<b>66</b>
<b>IAS:</b> Infections associées aux soins.....	<b>103</b>

<b>IC</b> : intervalle de confiance .....	100
<b>INSERM</b> : institut national de la santé et de la recherche médicale.....	43
<b>ISO</b> : infection du site opératoire.....	97
<b>IR</b> : infection respiratoire.....	97
<b>IU</b> : infection urinaire .....	97
<b>MEAH</b> : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers.....	75
<b>OCDE</b> : Organisation de coopération et de développement économiques.....	82
<b>OMS</b> : Organisation mondiale de santé. ....	3
<b>PIB</b> : Produit intérieur brut.....	82
<b>Pr</b> : Professeur.....	102
<b>QALY</b> : <i>Quality Adjusted Life Year</i> c'est un indicateur économique estimé la valeur de la vie.....	17
<b>SIDA</b> : Syndrome de l'immunodéficience acquise.....	10
<b>SNAPO</b> : Syndicat national algérien des pharmaciens d'officine.....	90
<b>SRAS</b> : Syndrome respiratoire aigu sévère.....	85
<b>SPSS V12</b> : ( <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> ) est un logiciel utilisé pour l'analyse statistique.....	93
<b>TNF 10</b> : Facteur de nécrose tumorale (TNF de l'anglais : tumor necrosis factor, aussi appelé cachexine ou cachectine.....	65

<b>T2A:</b> Tarification à l'activité ou T2A est un nouveau mode de financement des hôpitaux en France.....	74
<b>UMC:</b> Urgences Médico-Chirurgicales.....	104
<b>VEGF11:</b> Facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (en anglais <i>Vascular endothelial growth factor</i> , VEGF).....	65
<b>VIH:</b> Virus de l'immunodéficience humaine.....	10

***Liste des tableaux***

**Tableau 1** : descriptions des malades.....**94**

**Tableau 2** : Caractéristiques des patients et facteurs de risques intrinsèques.....**95**

**Tableau 3** : Facteurs de risque extrinsèques.....**97**

**Tableau 4** : Prévalence des infections nosocomiales par pays.....**98**

**Tableau 5** : Prévalence des différents sites d’infections nosocomiales .....**99**

**Tableau 6** : Exposition au risque des sites infectieux les plus fréquents : analyse uni-varié.....**101**

**Tableau 7** : Facteurs de risque indépendants des infections nosocomiales.....**103**

*Liste des figures*

<b>Figure 1</b> : taux de médicaments en rupture en 2013.....	90
<b>Figure 2</b> : nombre de malades infectés en 2006 .....	93
<b>Figure 3</b> : la durée moyenne du séjour dans chaque hopital.....	95
<b>Figure 4</b> : prévalence des infections nosocomiales par pays.....	98
<b>Figure 5</b> : Prévalence des différents sites d'infections nosocomiales.....	100
<b>Figure 6</b> : Prévalence des infections urinaires, respiratoires et les infections de peaux et tissus mous.....	100

## Résumé

L'éthique en santé publique fait actuellement l'objet d'un regain d'intérêt dû, en grande partie, aux défis présentés par les récentes éclosions de maladies infectieuses. Depuis la dernière décennie et peut-être plus particulièrement depuis le développement de traitements contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)/syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et suite à la crise du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), les professionnels de la santé, les universitaires et les décideurs sont de plus en plus confrontés aux dimensions morales liées à la protection et à la promotion de la santé des populations. Les objectifs généraux de la santé publique se distinguent nettement de ceux de la médecine clinique en raison de la priorité qu'elle accorde à la prévention et à la collectivité. Cette priorisation peut entraîner des interventions actives du gouvernement, impliquant parfois de lourds fardeaux ou des restrictions sur les droits individuels et collectifs. L'éthique en santé publique est donc davantage orientée vers la collectivité que l'éthique médicale et elle touche plus spécifiquement le quotidien des citoyens (Mattéi, J.F., 2013).

Lorsqu'une maladie infectieuse affecte un nombre inhabituellement élevé de gens ou se répand mondialement dans des populations peu immunisées (comme ce fut le cas avec la récente pandémie d'influenza AH1N1 de 2009), les impératifs spécifiques de la santé publique exigent que des décisions difficiles soient prises. L'éthique pour la santé publique tient compte de l'importance des communautés saines et les intérêts des populations, en accordant une attention particulière aux personnes opprimées.

Dans la partie pratique de notre étude, nous avons constaté que le manque d'hygiène dans les hôpitaux en Algérie est un véritable problème de santé publique. Ce dernier, est interprété par le pourcentage élevé des infections nosocomiales qui a dépassé 30% en 2014 ; contrairement à ceux des pays développés les infections liées aux soins ne dépassent pas 5%.

La promotion de la santé publique dans notre pays pourrait être intéressante et doit passer forcément par une réforme de fond, qui doit relever de nombreux défis. Il s'agit d'abord de redéfinir les objectifs de la santé publique, à savoir des objectifs opérationnels en termes de réduction de la morbidité par de larges mesures préventives.

**Mots clés :** Ethique, santé publique, infections nosocomiales, la morbidité, l'évolution, médicaments, les dépenses, l'hygiène hospitalière, la gestion, prévention.

*Abstract*

Ethics in Public Health is currently the subject of renewed interest due in large part to the challenges presented by the recent outbreaks of infectious diseases. Over the last decade and perhaps more particularly since the development of treatments against the human immunodeficiency virus (HIV) / acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and following the Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) health professionals, academics and policy makers are increasingly faced with the moral dimensions related to the protection and promotion of health. The overall goals of public health are clearly distinguishable from those of clinical medicine because of its focus on prevention and community. This prioritization can lead active government intervention, sometimes involving heavy burdens or restrictions on individual and collective rights. The public health ethics is more community-oriented medical ethics and affects more specifically the lives of citizens.

When an infectious disease affects an unusually large number of people and is spreading globally in low-immune populations (as was the case with the recent H1N1 influenza pandemic of 2009), the specific needs of public health requires that decisions difficult to be taken. Ethics for Public Health recognizes the importance of healthy communities and the interests of people, paying particular attention to the oppressed.

In the practical part of our study, we found that the lack of hygiene in hospitals in Algeria is a real public health problem. The latter is interpreted as the percentage amounts of nosocomial infections that exceeded 30% in 2014; unlike those in developed countries care-associated infections do not exceed 5%.

Promoting public health in our country could be interesting and must necessarily pass through a fundamental reform, which faces many challenges. It is first to redefine the goals of public health, namely operational objectives in terms of reducing morbidity by wide preventive measures.

**Keywords:** Ethics, Public Health, Infectious Diseases, Nosocomial infections, Prevention.

تعتبر الأخلاق في الصحة العمومية حاليا موضوع اهتمام متجدد و ذلك بعد التحديات التي قدمها مؤخرا وعلى مدى العقد الماضي تفشي الأمراض المعدية او بالأحرى بعد تطوير علاجات ضد فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسبة "الإيدز" و ضد التهاب الجهاز التنفسي الحاد. وهذا ما أدى الى الاحتدام ما بين المهنيين الصحيين, الأكاديميين, صانعي السياسات و الأبعاد الأخلاقية المتعلقة بحماية وتعزيز الصحة على نحو متزايد . يمكن تمييز الأهداف العامة للصحة العمومية عن تلك المتعلقة بالطب السريري بتركيزها على الوقاية بشكل واضح.

يمكن لهذه الأولويات أن تؤدي الى تدخلات صارمة من قبل الحكومة, التي تؤدي أحيانا لفرص أعباء ثقيلة أو قيود على الحقوق الفردية والجماعية. أخلاقيات الصحة العمومية تهتم أكثر بالمجتمع مقارنة مع الأخلاق الطبية وتؤثر بشكل كبير على حياة المواطنين.

عندما يصيب مرض معدا كبيرا من الناس وينتشر عالميا في الاوساط الفقيرة التي تعرف نقصا في المناعة (كما كان الحال مع وباء أنفلونزا سنة 2009)، تتخذ الصحة العمومية قرارات صارمة لحماية الافراد.

في الجزء العملي من دراستنا, وجدنا أن عدم النظافة في المستشفيات الجزائرية هي مشكلة حقيقية للصحة العمومية. يتم تفسير هذا الأخير بالنسبة المرتفعة في سنة 2014 لعدوى المستشفيات التي تجاوزت 30٪, على عكس نظيراتها من الدول المتقدمة التي لا تتجاوز نسبة العدوى فيها 5٪.

يمكن لتعزيز الصحة العمومية في بلادنا ان يكون مثيرا للاهتمام حيث يجب أن تمر بالضرورة عبر إصلاح جذري ومواجهة العديد من التحديات المتمثلة اساسا في إعادة تعريف أهداف الصحة العمومية و اتخاذ سلسلة واسعة من التدابير الوقائية من اجل خفض معدلات الاعتلال.

**الكلمات المفتاحية :** الأخلاق, الصحة العمومية , الأمراض المعدية , الوقاية و العدوى المكتسبة بالمستشفيات.



# ***Introduction***

### *Introduction*

De quoi parle-t-on quand on parle d'éthique ? La discipline semble nouvelle. Au beau milieu du XXe siècle on entendait moins parler d'éthique que de morale. L'une se distingue-t-elle de l'autre ? Sont-elles synonymes ? L'importance donnée à la réflexion éthique est récente. Elle a été amorcée à l'occasion du procès de Nuremberg en 1947, à propos des expérimentations humaines effectuées dans des camps par des médecins nazis. Quelques années plus tard, en 1954, l'Ordre des Médecins français publiait un article intitulé : "À la recherche d'une éthique médicale." (Bernard et Hamburger., 1947).

Nous vivons l'aurore d'une époque féconde en bouleversements. Les découvertes biomédicales faisaient naître à la fois l'espoir et la crainte; l'informatique bouleversait les méthodes de travail. Si l'on observe aujourd'hui une relative stabilité d'un système de valeurs, le christianisme n'en est plus la clé de voûte. En regard de ce système de valeurs la mort est perçue comme la négation par excellence. Alors que la fraternité, la solidarité, encore relativement secondaires dans les préoccupations des sociétés occidentales, s'expriment dans les œuvres humanitaires dont l'essor croissant depuis trois décennies le droit aux financements publics et privés.

À partir du traumatisme causé par la deuxième guerre mondiale les sociétés occidentales ont développé la quête du bonheur individuel. Il n'est donc pas étonnant que la santé joue aujourd'hui un rôle capital. L'éthique médicale, expression que les professionnels de santé français préfèrent au terme de "bioéthique", reçoit la plus grande considération, loin devant celle qu'on accorde à l'éthique des affaires. Le mot même d'éthique, absent du langage courant dans les années soixante, s'est agrégé au cortège des mots à la mode dont on use parfois exagérément. Ne va-t-on pas jusqu'à désigner très sérieusement d' "éthiques" les médicaments vignettés !

Aujourd'hui les préoccupations éthiques s'expriment aussi bien dans l'univers des entreprises que dans celui des écoles de commerce qui les fournissent, dans l'élaboration des procédures hospitalières, dans la recherche scientifique, dans la pratique sportive, dans les sphères politique, sociale, philosophique.

L'éthique occupe aujourd'hui une place considérable. Ne serait-ce qu'une mode ? Ou l'éthique est-elle perçue comme une exigence incontournable dans tous les domaines d'activités de l'homme ? Ou bien n'est-elle encore qu'un décor en trompe-l'œil destiné à faire croire qu'on s'écarte du flot des scandales qui émaillent l'actualité ? Si fréquent que soit

l'usage du terme, et si grave que soit le ton qui le décline, sa seule évocation traduit parfois plus un jeu de rôle qu'une prise de conscience responsable. (Bernard et hamburger, 1954)

Le pouvoir que l'homme s'est acquis l'a fait passer, en un laps de temps très court, d'une soumission quasi fataliste aux lois naturelles à une maîtrise technico scientifique. Cette maîtrise paraît menaçante à certains, car elle se montre capable de conduire à la destruction ce que nous avons cru dominer (Hans.J, 1990).

En même temps que surgit la question éthique nous éprouvons quelques difficultés à esquisser les contours de sa nature, quand bien même savons-nous quelles valeurs fondamentales sont en jeu dans les pratiques liées à l'industrie et à la politique des entreprises, dont le risque majeur relèverait d'une vision holiste de la société, réduisant l'homme au statut d'objet, objet d'expérience dont on extraie ce qui fait l'essence même de la subjectivité, à savoir "le contenu spirituel et éthique de l'être humain" (Ladrière. J, 1972 ).

Il s'agit de penser l'homme co-partenaire d'un monde qui ne se fera pas sans lui, jamais sans son désir, sans ses espérances et ses intérêts, ouvrant un débat entre technique et valeurs, entre individus et pratiques sociales. Ainsi, face aux importants défis posés par l'inédit des situations qui résultent, pour une bonne part, de nos pratiques, de nos progrès scientifiques et de notre action, l'éthique médicale est aujourd'hui sollicitée pour tenter de penser ce qu'il y a à penser dans l'émergence du technico scientifique spécifique du champ biologique (CASSIRER.E, 1982).

La réflexion née de ces questions commence par tenter de situer l'éthique. Pour cela on tire un grand profit de la pensée de Paul Ricœur exprimée dans son ouvrage *Soi-même comme un autre* et dans l'article écrit pour l'Encyclopédie Universalise "Avant la loi morale, l'éthique". Il s'agirait d'examiner la libre assomption par le sujet de l'action et de ses conséquences en relation avec les autres, et tenter de mettre au jour le passage à la compréhension de soi comme sujet en amont de la notion d'altérité qui précède, dans l'ordre du fondement, la notion d'altérité comme catégorie éthique. L'agent moral, en relation avec les autres, donne sens humain à son agir. La responsabilité vient alors comme ce qui donne sens à la démarche éthique.

On décèle ici tout le bénéfice qu'apporte la pensée de Levinas qu'il conviendrait de creuser (Grassin.M, 1976).



*Revue  
bibliographique*

## **I. L'ÉTHIQUE : QUELQUES DÉFINITIONS**

L'éthique (du grec ηθική [επιστήμη], « la science morale », de ήθος, « lieu de vie ; habitude, mœurs ; caractère » et du latin ethicus, la morale) est une discipline philosophique pratique (action) et normative (règles) dans un milieu. Elle se donne pour but d'indiquer comment les êtres doivent se comporter et agir entre eux dans un espace.

L'éthique, cette nouvelle discipline qui a surgi ces dernières années, peut alimenter notre pensée critique et orienter notre jugement. Certains peuvent se demander pourquoi, ne pas plutôt parler de morale? Nous n'en sommes pas si loin, car malgré la popularité actuelle du terme éthique, fondamentalement, c'est bien de morale qu'il s'agit. Et si les termes éthique et bioéthique connaissent maintenant une certaine vogue, il ne faut pas croire pour cela que la morale est dépassée et désuète (Badiou. A, 1993).

Quelques définitions pourront nous aider à démystifier les termes et à nous retrouver dans ces concepts.

- Le terme **morale** signifie *l'ensemble des règles d'action et des valeurs qui fonctionnent comme normes dans une société.*

Certains auteurs le distinguent du terme éthique et d'autres le considèrent comme synonyme.

- La morale est prescriptive et lorsqu'elle est mal comprise, elle fait figure de discours négatif et enfermant. Elle nous indique ce qu'il faut faire ou ne pas faire pour demeurer conformes aux règles d'une société

### **1. Différences entre éthique et morale**

La morale :

- ❖ A une connotation religieuse.
- ❖ Elle comporte une notion de contrôle imposée de l'extérieur.
- ❖ Elle porte sur le bien et sur le mal.
- ❖ Elle nous interpelle, crée des obligations.

L'éthique :

- ❖ Est plutôt de nature laïque.
- ❖ Elle comporte une notion d'autocontrôle.

Elle part de l'intérieur de la personne.

- ❖ Elle porte sur le positif et le négatif.
- ❖ Elle nous fait réfléchir et nous responsabilise (Phaneuf. M, 2004).

L'**éthique**, procède plutôt de manière dialectique, c'est-à-dire qu'elle met en œuvre des moyens rigoureux d'analyse qui mettent en évidence les failles de la logique et les contradictions du discours et cherche à les dépasser. Elle traite aussi de ce qu'il nous faut faire ou ne pas faire, mais surtout du raisonnement, pour ou contre, à appliquer pour déterminer le choix d'une conduite devant un problème moral (Blondeau et al., 1986).

Quant au terme **déontologie**, il signifie simplement éthique appliquée à un champ professionnel. Il regroupe l'ensemble des règles qui régissent l'exercice d'une fonction professionnelle.

Une branche plus récente de l'éthique médicale est la **bioéthique** qui fait face aux problèmes moraux posés par certaines techniques récentes comme les greffes, l'aide à la procréation médicalement assistée et la génétique (Davis et al., 1989).

## 2. Pourquoi avons-nous besoin de l'éthique

En raison :

- Des changements constants de la société et de la nécessité d'y adapter nos règles de conduite.
- Des pressions sociales pour les droits individuels afin de trouver un équilibre optimal entre ceux-ci et les droits collectifs.
- De la progression de la science et de la médecine et de leurs moyens nouveaux.
- Du pouvoir des soignants face la vie et à la mort.

Il faut aussi insister sur le fait que le concept de morale n'a pas été évacué par la renaissance de l'éthique et l'arrivée de bioéthique et que les orientations qui découlent de ces disciplines reposent encore aujourd'hui sur les fondements d'une morale présentée d'une manière éclairée.

## **II. Le droit à la santé**

### **1. Principaux faits**

- La Constitution de l'OMS consacre le droit fondamental de tout être humain de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre.
- Le droit à la santé suppose de pouvoir accéder en temps opportun à des soins acceptables, abordables et de qualité appropriée.
- Pourtant, chaque année dans le monde, les dépenses de santé mettent 150 millions de personnes environ dans une situation financière catastrophique et en font passer 100 millions au-dessous du seuil de pauvreté.
- Pour que le droit à la santé soit une réalité, les États doivent créer des conditions permettant à chacun de jouir du meilleur état de santé possible. Le droit à la santé n'est pas le droit d'être en bonne santé.
- Les problèmes de santé touchent généralement de façon disproportionnée les catégories sociales vulnérables et marginalisées.

Directeur général de l'OMS : *«Le monde a besoin d'une organisation qui défende la santé dans le monde, qui protège les valeurs, qui protège et défende la santé, et notamment le droit à la santé.»* (Chan. M, 2013).

Pour que le droit à la santé soit une réalité, les États doivent créer des conditions permettant à chacun de jouir du meilleur état de santé possible, c'est-à-dire garantir la disponibilité des services de santé, veiller à la santé et à la sécurité au travail et assurer l'accès à des logements adéquats et à des denrées alimentaires nutritives. Le droit à la santé n'est pas le droit d'être en bonne santé.

Le droit à la santé est consacré par des traités internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme et par des constitutions nationales dans le monde entier.

Traités des Nations Unies relatifs aux droits de l'homme:

- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966);
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979);
- Convention relative aux droits de l'enfant (1989).

Traités régionaux relatifs aux droits de l'homme:

- Charte sociale européenne (1961);
- Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1981); Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels (Protocole de San Salvador), 1988.

Dans son article 12, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, de 1966, dispose que les mesures que les États parties prendront en vue d'assurer le plein exercice du droit à la santé devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer:

- la diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant;
- l'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle;
- la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies;
- la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

## **2. Observation générale sur le droit à la santé**

Pour préciser ces dispositions et leur donner effet, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, qui veille au respect du Pacte, a adopté, en 2000, une Observation générale sur le droit à la santé.

Cette Observation générale interprète le droit à la santé comme un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique.

D'après ce document, le droit à la santé comporte quatre éléments:

- **La disponibilité:** l'existence, en quantité suffisante, des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé.
- **L'accessibilité:** Les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à tous. L'accessibilité comporte quatre dimensions qui se recoupent mutuellement:
  - la non-discrimination;
  - l'accessibilité physique;
  - l'accessibilité économique;
  - l'accessibilité de l'information.
- **L'acceptabilité:** Les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et être appropriés sur le plan culturel et réceptif aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie.
- **La qualité** Les installations, biens et services en matière de santé doivent être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité.

Le droit à la santé, à l'instar de tous les droits de l'homme, impose trois types d'obligations aux États parties:

- **Respecter:** c'est-à-dire s'abstenir d'entraver l'exercice du droit à la santé («ne pas nuire»).
- **Protéger:** c'est-à-dire empêcher des tiers (acteurs non-étatiques) de faire obstacle à l'exercice du droit à la santé (p. ex. en réglementant l'action des acteurs non-étatiques).
- **Mettre en œuvre:** c'est-à-dire adopter des mesures appropriées d'ordre législatif, administratif ou budgétaire pour assurer la pleine réalisation du droit à la santé.

Selon l'Observation générale, il faut également assurer, au moins, la satisfaction de l'essentiel du droit à la santé. Bien que cela soit impossible à déterminer de manière abstraite, puisqu'il s'agit d'une tâche à entreprendre au niveau national, le texte en énonce les éléments principaux pour orienter la définition des priorités.

### 3. Les éléments essentiels du droit à la santé sont les suivants:

- l'accès à des soins de santé primaires essentiels;
- l'accès à une alimentation essentielle minimale nutritive;
- l'accès à des moyens d'assainissement;
- l'accès à de l'eau salubre et potable;
- l'accès aux médicaments essentiels.

Une autre obligation fondamentale est l'adoption et la mise en œuvre au niveau national d'une stratégie et d'un plan d'action en matière de santé publique répondant aux préoccupations de l'ensemble de la population dans le domaine de la santé. Cette stratégie et ce plan d'action seront mis au point et examinés périodiquement dans le cadre d'un processus participatif et transparent; ils comprendront des indicateurs et des critères permettant de surveiller de près les progrès accomplis et ils accorderont une attention particulière à tous les groupes vulnérables ou marginalisés.

Les États parties doivent respecter le principe de *réalisation progressive*, c'est-à-dire qu'ils ont pour obligation de prendre des mesures volontaires, concrètes et ciblées, individuellement et dans le cadre de l'assistance et de la coopération internationales, en utilisant au maximum les ressources dont ils disposent. Il importe à cet égard d'établir chez l'État partie qui ne s'acquitte pas des obligations lui incombant au titre du droit à la santé, une distinction entre l'incapacité et le manque de volonté.

#### **4. Action de l'OMS**

Dans le cadre du processus de réforme actuel, l'OMS propose une nouvelle approche afin de promouvoir et de faciliter la prise en compte des différences entre les sexes, de l'équité et des droits de l'homme, en s'appuyant sur les progrès déjà accomplis dans ces domaines aux trois niveaux de l'Organisation. En ce qui concerne le droit à la santé, l'OMS affirme encore davantage son rôle dans les domaines technique, intellectuel et politique. À cet égard, il faut:

- renforcer les capacités de l'OMS et de ses États Membres à tenir compte des droits de l'homme dans le domaine de la santé;
- accorder plus de place au droit de la santé dans le droit international et dans les processus de développement international;
- défendre les droits de l'homme relatifs à la santé, y compris le droit à la santé

(OMS, 2012).

#### **5. Charte Européenne d'Ethique Médicale**

*En 2010, le CEOM a souhaité mettre à jour les Principes d'Ethique médicale européenne de 1987 et 1995, en distinguant ce qui relève de l'Éthique, la pensée morale qui sous-tend l'action de ce qui constitue la Déontologie qui est l'action concrète codifiée, inspirée de la pensée morale.*

*En juin 2011, la Charte européenne d'Ethique Médicale a été adoptée par le CEOM et depuis deux ans, les participants sont en train d'élaborer les Recommandations Déontologiques. Adoptée à Kos, le 10 juin 2011.*

## **PRÉAMBULE**

Les évolutions enregistrées dans la Communauté européenne font apparaître l'opportunité pour les médecins de s'entendre non seulement sur un fond éthique commun, mais aussi sur des principes de comportement à respecter dans l'exercice de leur profession

La Charte Européenne d'Éthique Médicale comprend les principes sur lesquels se fonde le comportement des médecins dans leur pratique, et ce, quel que soit leur mode d'exercice.

Elle inspire les dispositions déontologiques prises par les Ordres des médecins ainsi que par les Organismes d'Attributions Similaires habilités à adopter des règles en la matière

Elle trouve sa légitimité dans les réflexions menées depuis de nombreuses années par la Conférence européenne des Ordres Médicaux et des Organismes d'attributions similaires.

Le corps médical européen s'engage à respecter la Charte Européenne d'Éthique médicale.

## ➤ **PRINCIPES ÉTHIQUES**

### **Principe 1**

Le médecin défend la santé physique et mentale de l'homme.

Il soulage la souffrance dans le respect de la vie et de la dignité de la personne humaine sans aucune discrimination, de quelque nature qu'elle soit, en temps de paix comme en temps de guerre.

### **Principe 2**

Le médecin s'engage à donner la priorité aux intérêts de santé du malade.

### **Principe 3**

Le médecin donne au malade, sans aucune discrimination, les soins indispensables les plus appropriés.

### **Principe 4**

Le médecin tient compte du cadre de vie et de travail du patient comme éléments déterminants de sa santé.

### **Principe 5**

Le médecin est le confident nécessaire du patient. Il trahit sa confiance en révélant ce qu'il a appris de lui.

### **Principe 6**

Le médecin utilise ses connaissances professionnelles pour améliorer ou maintenir la santé de ceux qui se confient à lui, à leur demande ; en aucun cas il ne peut agir à leur détriment.

**Principe 7**

Le médecin fait appel à toutes les ressources des sciences médicales pour les appliquer d'une manière adéquate à son patient.

**Principe 8**

Dans le respect de l'autonomie de la personne, le médecin agit selon le principe d'efficacité du traitement en prenant en considération l'utilisation équitable des ressources.

**Principe 9**

La protection de la santé s'accompagne de la recherche constante du maintien de l'intégrité de la personne.

**Principe 10**

Le médecin n'admet pas des actes de torture ou autre forme de traitements cruels, inhumains ou dégradants quels que soient les arguments, et ce, dans toutes les situations y compris en cas de conflit civil ou militaire. Il n'y assiste jamais, ni n'y participe.

**Principe 11**

Le médecin, qu'il intervienne comme simple praticien auprès d'un malade, comme expert ou comme membre d'une institution, veille à la plus grande transparence sur ce qui apparaîtrait comme un conflit d'intérêt et agit en toute indépendance morale et technique.

**Principe 12**

Si les conditions morales et techniques ne permettent pas au médecin d'agir en toute indépendance, le médecin en informe le malade. Le droit aux soins du patient doit être garanti.

**Principe 13**

Lorsqu'un médecin décide de participer à un refus collectif organisé de soins, il n'est pas dispensé de ses obligations éthiques vis-à-vis des malades à qui il garantit les soins urgents et ceux nécessaires aux malades en traitement.

**Principe 14**

Le médecin n'a pas à satisfaire des demandes de soin qu'il n'approuve pas. Cependant, l'exercice de la médecine implique le respect de la vie, de l'autonomie morale et du libre choix du patient.

**Principe 15**

Le médecin exerce sa profession envers lui-même et autrui, avec conscience, dignité et indépendance. (CEOM, 2010)

### **III. La santé et les progrès techniques :**

*Le progrès scientifique et technique, une condition essentielle de l'amélioration de la santé.*

C'est grâce à la recherche scientifique, permettant d'améliorer la connaissance du fonctionnement normal et pathologique des organismes vivants et de l'homme, qu'a été créé l'essentiel des techniques responsables de la révolution sanitaire que le monde connaît de puis un siècle. Il n'est pas nécessaire de rappeler dans le détail toutes étapes de ce que l'espérance de vie à la naissance, dans les pays développés, atteint aujourd'hui un peu plus de 81 ans pour les femmes et en moyenne 73 ans pour les hommes alors qu'elle dépassait de peu 40 ans au siècle dernier.

Les découvertes de LOUIS PASTER ont amplement justifié l'importance de l'hygiène qui devrait complètement transformer, notamment, la sécurité des accouchements et des interventions chirurgicales. De plus à la suite des travaux précurseurs de Jenner sur la vaccination antivariolique, la révolution pasteurienne marquait la véritable naissance des stratégies de prévention vaccinale des maladies infectieuses. Ce furent ensuite la découverte des sulfamides, avant la seconde guerre mondiale, puis, pendant celle-ci, de la pénicilline qui marquait, au-delà de la prévention par asepsie et vaccination, l'avènement de l'ère du traitement antiseptique des maladies infectieuses.

Apparurent ensuite, après la seconde guerre mondiale, les stratégies de traitement efficace de l'hypertension artérielle, diminuant considérablement les conséquences cardiovasculaires de cette maladie encore fréquente ; les traitements des ulcères gastroduodénaux, faisant disparaître, pratiquement, le recours à la chirurgie mutilante lourde que l'on utilisait encore il y a quelques décennies ; l'amélioration de la prise en charge des maladies mentales ; les immunosuppresseurs de plus en plus efficaces, augmentant le pronostic et donc le champ d'application des greffes d'organes ; le développement extraordinaire des méthodes d'imagerie, permettant le diagnostic de plus en plus précoce des maladies et lésions et, combiné aux méthodes microchirurgicales, le développement de techniques d'intervention de moins invasives.

A cette énumération très incomplète des relations évidentes existant entre développement des sciences et des techniques et progrès de la médecine, il faut ajouter la considérable révolution individuelle et sociale à laquelle a abouti la maîtrise par les femmes de leur fécondité.

### **1. La révolution du génie génétique :**

Depuis 1973, les progrès de la génétique et l'universalité des règles commandant le fonctionnement du matériel génétique ont permis le transfert et l'expression de pratiquement n'importe quel gène de n'importe quelle espèce dans n'importe quelle cellule vivante. Ces possibilités débouchent sur la connaissance de la structure et de la fonction des gènes, sur la préparation d'un nouveau type de médicaments, les protéines recombinantes, par exemple des protéines humaines synthétisées par des microorganismes dans lesquels ont été transférés les gènes humains correspondants. A terme, la connaissance des mécanismes physiopathologiques des maladies encore insuffisamment maîtrisées aujourd'hui, conduisant à l'identification de nouvelles cibles thérapeutiques, devait permettre le développement de nouveaux médicaments, qu'il s'agisse de molécules chimiques classiques, de protéines recombinantes, ou, dans certains cas, des gènes eux-mêmes (thérapie géniques).

D'ores et déjà, la génie génétique a permis d'accéder en un temps record à la connaissance de la structure d'un agent infectieux comme le virus VIH, responsable du SIDA, à l'élucidation des mécanismes pathogéniques et treize ans seulement après la découverte du virus, au développement d'un ensemble thérapeutique, encore insuffisant mais efficace. Des dizaines de millions de diabète sont traités par l'insuline produite par le génie génétique, et les différents facteurs stimulant la production des éléments du sang ont totalement changé les possibilités thérapeutiques en hématologie.

Grace au génie génétique, les insuffisances de sécrétion de l'hormone de croissance peuvent être traitées maintenant sans le risque effroyable de transférer la maladie de Creutzfeldt-Jakob et, probablement, les hémophiles pourront être traités demain sans aucun risque de transférer les virus des hépatites ou du SIDA.

Enfin, protéines recombinantes, microorganismes modifiées et ADN sont appelés à révolutionner les perspectives de la vie.

## 2. Un combat efficace...mais sans fin

Malgré les succès remarquables remportés pour améliorer la santé des hommes et des femmes, les tâches à accomplir restent considérables. Tout d'abord parce que l'accès à la santé est très inégalement réparti dans le monde : bien évidemment, entre les pays riches et les pays pauvres, dont beaucoup ne bénéficient qu'à la marge des progrès réalisés, pour des raisons avant tout économiques, mais aussi politiques et culturelles. Ensuite, parce que, dans les pays riches eux-mêmes, une part croissante de la population, en situation d'exclusion, se trouve en fait, *de facto*, également en partie exclue des bienfaits d'un accès libre aux possibilités préventives et thérapeutiques actuelles. Les différences dans la longévité et la mortalité infantile entre ces couches et le reste de la population en témoignent éloquemment et cruellement. De plus, le génie pathologie propre des agents infectieux, dont on pourrait d'ailleurs rapprocher les cellules cancéreuses, fait qu'en permanence existe le risque qu'émergent des formes résistants ou apparaissent de nouveaux agents. Le quadruplement du nombre de tuberculoses dans le monde depuis l'épidémie de SIDA, l'extension de la résistance des staphylocoques aux antibiotiques et du parasite du paludisme aux antipaludéens illustrent parfaitement ce phénomène.

De plus, une nouvelle pathologie, parfois grave, est apparue, conséquence des procédures thérapeutiques et des mécanismes eux-mêmes. Cette pathologie iatrogène constitue aujourd'hui un facteur majeur de morbidité. Enfin, de nouvelles inquiétudes apparaissent, liées aux modes de vie, à la pollution, à certaines activités industrielles, à l'organisation du travail, etc.

Associés au fait que, dans les pays riches, la proportion croissante des personnes âgées renforce le poids des maladies du vieillissement, affections dégénératives et cancer, ces éléments démontrent que demain comme hier, une intense activité de recherche est indispensable pour répondre aux menaces persistantes sur la santé des personnes, même si elle n'est pas en elle-même en mesure de surmonter les obstacles sociaux et économiques.

### 3. Des tensions économiques à surmonter

Sans parler du poids économique du soutien indispensable à la recherche, garante des succès de demain, des conflits économiques peuvent apparaître, liés au développement de nouveaux médicaments. En effet, pour les entreprises privées, la rentabilité de ceux-ci est le moyen de financer la recherche, le développement et les essais cliniques... notamment des 99 pourcents de produits qui ne seront, ni fin, jamais mis sur le marché.

De ce fait, les laboratoires disposent de nouveaux médicaments très innovants, sur lesquels ils se trouvent en situation de monopole, ont tendance à en calculer le prix pour, non seulement couvrir les activités de recherche, mais aussi garantir un avenir incertain durant lequel des efforts considérables pourront être déployés qui n'aboutiront pas forcément à l'identification de médicaments nouveaux rentables.

Dans d'autres cas, un nouveau produit par exemple une protéine recombinante, d'activité éprouvée, s'avère peu supérieure à une molécule déjà existante, éventuellement tombée dans le domaine public et délivrée sous la forme de générique de prix très inférieurs. Dès lors, là encore, deux logiques s'affrontent. La gestion optimale de fonds limités conduirait à refuser la nouvelle molécule, par exemple dix fois plus onéreuse qu'une molécule ancienne presque aussi efficace. Cependant, la commercialisation de cette nouvelle famille thérapeutique prometteuse.

Il n'existe évidemment pas de recette automatique permettant de résoudre ces conflits dont la solution exige de prendre en compte aussi bien l'optimisation à court terme de l'utilisation des ressources que la préservation d'avenir. L'ampleur des enjeux de santé de ces décisions leur confère aussi une évidente dimension éthique (Actualité n°18 en santé publique, 1997).

## ***IV. La santé face à la notion d'une limite économique***

La notion d'une maîtrise des dépenses en santé appelle une clarification la limite, ou objectif que se fixe à l'heure actuelle le parlement concerne la part des dépenses que la collectivité prend en charge. L'évolution des dépenses continue aussi à être influencée par le marché, plus particulièrement le marché international. La notion de maîtrise n'implique pas que les activités de santé, même pour la part prise en charge par la collectivité, constituent une charge par l'économie, elles sont aussi un élément important de richesse et de croissance.

Les nouveaux outils économiques disponibles procédant d'un effort de quantification de la santé, rendent possible une comparaison des traitements médicaux en termes d'allocation efficace des ressources. Mais la recherche d'un optimum à l'échelon de la politique d'ensemble de la notion, tous en ménageant une place aux considérations d'efficacité économique se fonde à titre essentiel sur des critères éthiques. Les uns et les autres ne sont pas systématiquement contradictoires car ils conduisent dans tous les cas à réprover le gaspillage. L'approche économique et l'approche éthique dans le champ de la santé doivent être complémentaires.

L'apparition de l'idée d'une limite économique s'imposant aux activités de santé a été à l'origine de grands malentendus. Elle trouve son expression officielle dans la loi de financement de la sécurité sociale qui fixe dorénavant un objectif annuel pour les dépenses d'assurance-maladie, objectif qui se trouve répercuté sur les moyens mis à la disposition des établissements hospitaliers, et d'autres part, dans les prévisions qui servent de base à la négociation entre les pouvoirs publics et les professions médicales.

**1. La fixation de l'objectif ne concerne que la part des dépenses que la collectivité prend en charge.**

Pour bien situer le débat, il faut adopter une vue plus large : sa portée ne peut être comprise que si l'on prend en compte les caractéristiques de l'économie des biens de santé.

Comme l'avait souligné Kenneth Arrow dans un article de 1963 souvent considéré comme un nouveau départ pour l'économie de la santé (Arrow K.J., 1963), les mécanismes habituels par lesquels le marché assure la qualité des produits n'opèrent que faiblement dans ce secteur, la demande des biens et services de santé n'émane pas directement des consommateurs (les patients) ; elle est formulée par le personnel soignant, qui lui-même prend ses décisions en tenant compte d'autres éléments que les besoins des patients : l'intervention réglementaire de l'état, l'éthique professionnelle, le système d'assurance-maladie en vigueur, etc. le contrôle de la qualité ne procède pas de la souveraineté du consommateur mais de l'internalisation par le personnel soignant, d'un certain nombre de règles qui le guident dans la formulation de la demande. Le médecin est, par ailleurs, directement ou indirectement, ordonnateur de dépenses publiques.

La demande de soin, dans les pays développés, est virtuellement illimitée : aucun moyen n'est trop bon pour atteindre la guérison ou le soulagement. D'un point de vue éthique, il existe d'ailleurs de fortes raisons de penser que cette demande est en effet légitime. La solvabilité de cette demande est assurée en grande partie, dans les pays développés, par des ressources de caractères publics, la notion d'assurance par mutualisation ayant progressivement reculé pour céder la place à une notion de prise en charge globale d'ouverture des droits à la prestation lorsque le besoin est constaté, cette prise en charge étant, en dernière analyse, le fait de la collectivité.

La demande s'exprime avec une vigueur particulière lorsqu'elle émane des fractions de la population les plus aisées, et suscite le développement de régimes d'assurances complémentaire. Cela risque d'aggraver les inégalités dans l'accès aux soins. Enfin, l'élargissement de la demande à la médecine de prévision accentuera, à l'avenir, les différents de la maîtrise de la demande.

Par ailleurs, l'offre de biens et services de santé s'inscrit dans un contexte multinational, car aucun pays ne peut priver ses nationaux, dans la durée, de soins et produits jugés efficaces dans d'autres pays. C'est une offre oligopolistique, dans la mesure où l'industrie pharmaceutique est dominée par quelques grandes firmes à l'intérieur de chaque classe thérapeutique. La croissance des firmes, dans ce secteur est essentiellement fondée sur la création de nouvelles connaissances, et donc sur des investissements de recherches extrêmement lourds et risqués. Par son effort scientifique notamment, l'industrie pharmaceutique entretient des relations complexes et importantes avec l'économie.

Ce rappel de quelques données évidentes conduit d'abord à l'observation suivante : la limite telle est posée dans les textes ne s'applique qu'au secteur administré, ce secteur ne couvrant pas tout le domaine de la santé. Mais surtout, il y'a lieu de rappeler que la volonté de maîtrise les dépenses n'a rien à avoir avec la réduction d'un « cout » qui serait une perte sèche pour la société dans son ensemble.

En effet, la santé est un support d'emploi, participe à la qualité des activités humaines et à la création des richesses. Les dépenses de santé sont la valeur monétaire de la transaction finale sur les biens et services de santé. Or, la contribution des dépenses de santé à l'activité globale de la nation est considérable, puisque le montant de ces dépenses a dépassé les 9 pourcents du PIB français depuis 1991. Ces dépenses contribuent à entretenir et à renforcer les capacités présentes et futures d'une population. Elles nourrissent un vivier d'emplois dans des activités de service dont l'expansion est prévisible et elles sont facteur de croissance.

A ce stade, peut être clarifierait-on le débat en relevant ce que la science économique n'a pas dit. Elle n'a pas dit que pour les activités de santé et elles seules, il existe un nombre d'or, une limite au delà de laquelle il y aurait lieu de restreindre ses efforts. Il n'est pas question de chercher à atteindre un niveau précis, fixant la part de l'effort collectif ou des efforts individuels qu'il est légitime de consacrer à la préservation de la santé. Ou plutôt, il n'est pas de fondement scientifique à l'exercice d'une telle limite ; elle est le résultat à un moment donné et au vu de l'histoire, d'un choix qui lui-même est une étape d'une évolution sociale, économique et politique.

La science économique ne tranche pas entre le public et le privé pour recommander un monde de production plutôt que l'autre. Bien sur, l'impact conjoncturel d'une augmentation des dépenses collectives peut peser sur la solution des problèmes et rendre criant les dilemmes que suscitent les choix collectifs. Mais il est fallacieux de penser que le renvoi au marché de la solution d'un problème suffira à le régler comme s'il s'agissait de produits de consommation ordinaire.

Enfin, rien n'indique que, du point de vue même de la science économique, il y ait incompatibilité entre ses critères propres et les critères éthiques. Au contraire, les deux groupes d'exigences sont étroitement associés. Par exemple, l'utilisation aux meilleurs fins de ressources médicales rares (matériels, biens d'équipement, temps du personnel) répond à la définition économique de l'efficacité. Mais c'est aussi une exigence éthique. Puisqu'il faut s'assurer que les ressources qui pourraient être employées à d'autres fins (par exemple, pour soigner d'autres patients) ne sont pas utilisées en vain. Plus précisément, le critère d'efficacité traditionnel de l'analyse économique (le principe des PARETO) peut être lu en termes

éthiques : lorsque la chose est possible sans détériorer la situation de personne, il n'est pas bon de négliger des possibilités de réallocation des ressources rares qui permettent d'améliorer la situation de certains.

Enfin, les économistes admettent, en général, que les conceptions strictement économiques de l'efficacité ne sont pas suffisantes pour définir –l'optimum social- ou –ce qu'il faut faire- . Il faut y adjoindre des considérations autres, et notamment éthiques (Arrow.K, 1963).

## **2. L'approche éthique et l'approche économique, dans le champ de la santé, doivent être complémentaires.**

Les nouveaux outils élaborés dans le champ de l'économie de la santé permettent de mieux apprécier l'efficacité des traitements, et de mieux comparer l'utilisation des mêmes ressources rares à des fins concurrentes. De la sorte, ils donnent un certain éclairage sur la recherche collective d'un optimum. Si l'on raisonne sur une enveloppe, en effet, il est naturel de se représenter le choix de la meilleure politique de santé comme un problème d'optimisation sous contrainte budgétaire, ce qui conduit à mettre en relation les couts et les avantages escomptés. À la différence de l'analyse cout-bénéfice, l'analyse cout-bénéfice en termes monétaires, mais dans les unités d'une certaine fonction-objectif. On définit donc un certain objectif social à promouvoir et, sur cette base, on cherche à minimiser le rapport du cout monétaire au niveau atteint dans la promotion de cet objectif.

Il est couramment admis que l'utilisation des indicateurs de bien-être lié au statut de santé pourrait jouer un rôle complémentaire important. De fait, au cours des années récentes, dans les pays occidentaux, les indicateurs traditionnels ont paru insuffisants. La montée en puissance des cancers, des maladies de la sénescence et des démences dans les préoccupations de santé publique, conjuguée au relatif plafonnement de l'espérance de vie moyenne , frappe d'une certaine obsolescence l'utilisation exclusive de l'indicateur durée de vie et de ses variantes dans l'évaluation des politiques d'ensemble ou des décisions ponctuelles dans le domaine de la santé publique.

La définition élargie de la santé retenue par l'OMS dès 1949, qui l'assimile à un **état de bien-être social, physique et mental**, conduit d'ailleurs naturellement à donner un certain poids à des notions telles que la santé perçue, **la qualité de la vie**, ou la qualité de vie liée au **statut de santé**.

Les indicateurs de statut de la santé et de la qualité de la vie, liée au statut de santé constituent, dans une certaine mesure, une réponse à ces préoccupations. Il en a résulté un développement de grande ampleur de la quantification de la santé, jusque dans sa perception subjective. Le terme logique de l'analyse coût-efficacité devient, alors, le calcul d'un rapport des coûts aux unités de santé ou de qualité de vie dont l'obtention (ou la présentation) peut être imputée aux dépenses considérées.

Le CCNE s'est interrogé de manière critique sur l'intérêt et les limites des approches existantes : les critères du type « coût-efficacité », le principe de Pareto et ses variantes ; la maximalisation du nombre d'années de survie corrigée par leur qualité (les QALYs). Cet examen a conduit à privilégier l'hypothèse d'une imbrication totale des principes éthiques et économiques. S'il est possible de définir l'efficacité technique des soins médicaux sans faire appel à l'éthique, il n'en va pas de même en ce qui concerne l'efficacité économique des politiques publiques ou des choix collectifs. Le choix d'un critère économique d'efficacité est en lui-même une décision qui engage les valeurs éthiques des personnes et de la collectivité (Hadorn.O, 1991).

En effet, les implications de tels choix peuvent parfois être contestées au nom de principes éthiques, ce qui interdit de séparer absolument l'efficacité de l'éthique.

Le critère du coût par QALY souffre d'ailleurs de plusieurs défauts de principe en tant que critère de choix collectif : il conduit, dans ce contexte, à une discrimination opérant à l'encontre des personnes âgées ou handicapées, voir, des personnes qui, souffrant de difficultés économiques et sociales, ont des perspectives amoindries de qualité de vie. Par ailleurs, les procédures de repérage quantitatif de ces arbitrages reposent sur des hypothèses mathématiques qui peuvent être mises en doute. Enfin, se pose le problème très général de l'équité dans l'agrégation des indicateurs de bien-être.

Le problème principal, demeurant, n'est il pas la modulation selon les degrés de gravité ou d'urgence, plutôt qu'en fonction des variations psychologiques dans la jouissance de la vie ?

Ces difficultés, qui n'affectent que les initiatives les plus ambitieuses, n'interdisent pas de faire jouer un rôle important aux considérations d'efficacité. Ainsi, le gaspillage est une forme d'inefficacité économique ; il est rejeté parce que ce qui est gaspillage pourrait être utilisé pour poursuivre un objectif légitime, ce qui est aussi un motif éthique (Williams.A, 1992).

Du fait, dans l'éthique sociale et l'économie normative contemporaine, les principes d'efficacité sont considérés comme des principes d'évaluation sociale parmi d'autres, qui sont le plus souvent complétés par des références plus clairement identifiés comme « éthiques ».

La décision de ne pas allouer arbitrairement les ressources disponibles peut donc être vue comme l'engagement éthique d'une collectivité. Si l'effort collectif vise à promouvoir le bien-être de la population (et tel) est bien le cas dans le domaine de la santé, l'évaluation des meilleurs choix comporte une évidente dimension éthique. Dans certains domaines, la mise en cohérence paraît relativement aisée. Ainsi, en est-il des politiques de prévention, qui posent cependant des problèmes spécifiques. A mesure que les risques sont mieux connus, et peuvent être quantifiés, leur prise en compte dans la décision publique s'inscrit de plus en plus nettement dans la politique de promotion de la santé de la population.

Cependant, il persiste bien des situations de tensions entre l'approche économique et la logique éthique, nous avons, par exemple, déjà évoqué le risque qu'une modulation du calcul des années de survie par leur qualité ne s'avère discrimination pour les handicapés et les vieux. Le dépassement de ces tensions exige que les instances de décision intègrent ces différents éclairages d'une même réalité et ne s'appuient pas mécaniquement sur l'application de critères particuliers qui peuvent, en fait, se révéler déraisonnables dans certaines situations.

Ainsi, plusieurs problèmes restent très largement ouverts à la réflexion. Il revient à une approche sociologique ou économique d'éclairer les liens, fort complexes en la matière, entre les comportements individuels et les modalités de l'effort solitaire (Williams.A, 1992) .

**En résumé :**

- La poursuite de l'efficacité maximale est précieuse à l'échelon des décisions d'équipement des établissements de soin, d'allocation des ressources au sein des établissements, de remboursements des différents médicaments, de prescription des soins par les médecins ;
- Les nouveaux outils économiques disponibles, procédant d'un effort de quantification de la santé, rendent possible une approche fine de la comparaison des traitements médicaux en termes d'allocation efficace des ressources ;
- Cependant la recherche d'un optimum à l'échelon de la politique d'ensemble de la nation (l'utilisation de l'enveloppe globale), tout en ménageant une place aux considérations d'efficacité économique, doit essentiellement s'appuyer sur des considérations éthiques.

**V. La santé et les références éthiques :**

*La santé est le lieu d'application de principes fondamentaux, pour nombre d'entre eux de nature constitutionnelle ou qui fortement structuré les lois en vigueur dans ce domaine. L'éthique veut que tous ces principes soient respectés. Il n'est d'ailleurs, dans le débat sur la maîtrise des dépenses de santé, aucun argument pour soutenir que l'évolution doit se faire à leurs dépens. Le rappel qu'en fait ici le CCNE est cependant nécessaire. Il vise à aider les protagonistes à en mesurer la portée réelle dans un contexte nouveau. En effet, la société ne peut se contenter d'affirmer, en parallèle, la primauté de ces principes d'un côté et la nécessité de maîtriser les couts de l'autre. Elle doit dire comment ces règles se combinent et ce qu'il en advient au stade de leur application à une situation individuelle.*

Le CCNE ne part pas de l'idée que la référence en matière de santé à une notion de cout serait contraire à l'éthique. Mais des questions se posent dès le moment où cette règle de bonne administration doit se combiner avec un certain nombre de principes ou de droits que notre société reconnaît, qu'elle n'entend pas mettre en cause et qui ont de fortes implications éthiques.

La nation reconnaît à tous le **droit à la protection de la santé**, qu'affirme le préambule de la constitution et que la jurisprudence du conseil constitutionnel a eu l'occasion de consacrer. Ce droit s'appuie sur le **principe**, lui aussi de valeur constitutionnelle, de **légalité des citoyens devant la loi**. La sécurité sociale est fondée dans notre pays sur des principes fondamentaux auxquels seul le législateur pourrait porter atteinte et cela pourrait s'exprimer comme un principe de solidarité, qui signifie que la population dans sa quasi-totalité contribue au risque maladie et que le cout des soins ne peut faire obstacle à l'accès aux soins ; sans aller jusqu'à une règle de gratuité, ces principes ont fondé un régime de remboursement où la collectivité prend en charge la part décisive des couts. Au même rang de principe constitutionnel, trouve à s'appliquer en la matière le principe de **respect de la dignité humaine**.

Il est appelé à jouer un rôle considérable dans l'appréciation des conséquences pour les personnes, ses situations nées du progrès des sciences de la vie et ce n'est pas un hasard qu'il a trouvé sa formulation la plus explicite à propos du jugement porté par le conseil constitutionnel sur l'ensemble de lois dites de bioéthique intervenues en 1994. Il en ressort que si la protection de la liberté individuelle est dûment envisagée en ces domaines, tout n'est pas permis au nom de la libre disposition par chacun de son corps et la collectivité a pour mission de prévenir les dérives qui pourraient venir de l'abus de ces progrès et de s'interposer pour y faire obstacle.

En outre, des règles à fort contenu éthique commandent l'exercice du droit à la santé au moment où chaque personne le revendique. Il n'a pas encore été dit expressément que les règles qui régissent les relations entre le patient et son médecin avaient valeur constitutionnelle. Mais il y a tout lieu de penser les principes déontologiques, préservant la vie privée et fixant un cadre aux décisions individuelles ayant un impacte sur la santé ont aux

yeux de nos concitoyens valeur éminente, qu'il s'agisse de la nature singulière du contrat qui lie le patient au soignant, du libre choix du médecin ou de la confidentialité, sans ce rapport de confiance, la plus part des usages du système de santé n'auraient pas le sentiment que leurs droits soient respectés.

Ci ces usages recourent, pour leurs santé, à un service public, ils sont fondés à se prévaloir des obligations auxquelles ce service est tenu et qui prennent en matière de santé une intensité particulière : égalité devant ce service, droit à sa continuité et à son adaptation au progrès technique, déontologie propre aux personnels de ce service qui fait écho aux précautions prises à l'égard du patient en médecine libérale.

Si enfin les acteurs des systèmes de santé, qu'ils soient privés ou publics sont pris en défaut, Ils sont tenus pour responsable de leurs actions ou de leur inaction. Le principe de responsabilité, propre à l'état de droit, connaît à l'époque actuelle des développements nouveaux, tant sur le plan pénal que sur celui de la responsabilité civile ou administrative : cette évolution va dans le sens de l'élargissement de cette responsabilité et de sa mise en cause de plus en plus fréquente dans des situations concrètes.

**L'évolution ne doit pas se faire aux dépens de ces principes. Mais on ne peut se contenter d'affirmer, en parallèle, la primauté de ces principes d'un coté et la nécessité de fixer des priorités de l'autre, il faut rechercher comment ces objectifs se combinent.** Jusqu'à présent cette opération vérité n'a pas vraiment été tentée. Cette lacune se fait sentir par des tentions récurrentes. Ainsi le public évoque-t-il le spectre d'un rationnement de la santé. Le parlement se garde bien d'évoquer la question dans ses débats sur la fixation de l'objectif, comme s'il n'était pas en mesure de répondre à des craintes que ne sauraient en aucune manière justifier les inflexions très mesurées apportées à l'évolution prévisible des dépenses. Cela n'empêche pas la profession médicale d'utiliser l'argument du rationnement pour peser dans la négociation de la part qui lui incombe dans l'effort ; il est vrai que la clé qui permettrait de passer de l'objectif négocié en matière d'honoraire et de prescription à la réponse à faire à un patient déterminé susceptible d'être affecté par ces mesures n'est pas encore au point.

L'une des raisons de ces difficultés est administrative. Qui dit maîtrise, dit décision de choisir, et la réforme du système de santé engagée dans notre pays est une réforme du processus de décision. Rappelons qu'elle tend à mettre en évidence une décision politique à un niveau global : c'est pourquoi le parlement se prononce sur l'objectif qui commande l'évolution attendue des dépenses à rembourser. A partir de là, il s'agit de décliner, comme on aime à le dire, l'objectif aux divers niveaux de responsabilités ; la réforme se propose donc de mettre en ordre et de mieux hiérarchiser les mesures qui permettent de canaliser l'offre et la demande de soins. De là, les systèmes parallèles de décision dans le secteur hospitalier et dans la relation négociée avec les professions de santé.

Il ne s'agit pas pour le CCNE d'exprimer un scepticisme à l'égard de projets qui ne sont pas encore entièrement opérationnels et qui devront être jugés à l'œuvre. Mais ne doit-on pas constater, dans une chaîne de décisions aussi complexe, avec tant de niveaux, de partenaires, de négociateurs ou de consultations, d'arbitrages ou de contacts qu'une grande distance s'installe entre la satisfaction de la demande individuelle de santé et les choix faits à ces divers échelons ? Comment éviter, dans un système où tous devraient prendre leur part dans la discipline, de ne maîtriser que ce qui est sous le contrôle discret des contraintes suscite artificiellement des dérives et des allocations de ressources et de moyens dans les directions mêmes que l'on voulait éviter ? Comment peser sur le secteur privé dont les actions commandent l'évolution du marché du médicament et déterminent certaines des orientations les plus décisives de la recherche et, cependant, peuvent échapper à toute intervention de la collectivité ?

C'est là qu'apparaît, avec l'opposition de doctrine qui a si fortement marqué les esprits en France, le second obstacle. Aux moments de tension il semblerait n'y avoir aucun pont, aucun compromis possible entre la déontologie du colloque singulier et le concept de choix collectifs. **Le CCNE pense que le but à rechercher est qu'un langage commun puisse être employé pour décrire les enjeux tous ces niveaux et face à une telle variété de situations.** Cela conditionne la rigueur des analyses, la transparence et la formation des acteurs aux décisions qu'ils ont à prendre.

Le CCNE formule l'hypothèse que l'identification des enjeux éthiques faciliterait cette approche. Elle devrait permettre ainsi, soit de récuser des analyses, des conduites ou des critères qui suscitent des inquiétudes justifiées, soit de mobiliser des énergies communes entre des acteurs qui ne sont pas soumis au même régime juridique mais sont prêts à aller dans une même direction.

A de nombreux signes, au vu des travaux faits depuis deux ans dans la conférence nationale de santé, à la lecture des publications récentes du conseil de l'ordre des médecins, il devient clair que de nombreux acteurs du système de santé voudraient sortir de cette forme d'impasse intellectuelle.

En d'autres termes, cette opposition manichéenne n'a plus guère de sens dès lors que nous vivons entourés de pays qui tous, à leur manière, cherchent à concilier l'individuel et le collectif, face à l'évolution des problèmes de la santé. L'argument éthique pourrait être un des domaines largement régis par les règles du marché international, pour promouvoir des propriétés qu'il n'aurait pas su détecter. Et les difficultés soulevées par certains développements du progrès techniques peuvent avoir un aspect positif suscitant un renouvellement des attitudes (JOHANET.G, 1998).

## ***VI. Choix collectifs et accès individuels à la santé : à la recherche de critères...***

En matière de santé, des propriétés ne peuvent être déterminées, débattues et acceptées que si leur impact sur l'accès individuel aux soins est bien compris. Il y a lieu, à cet égard, de proscrire toute sélection implicite et l'application de tout critère de choix dont il n'aurait pas été débattu ouvertement.

La question de savoir si la nécessité de maîtriser les dépenses implique une redistribution réduisant la prise en charge des assurés les plus aisés est controversée. **Pour les uns** une telle évolution est inévitable et assure de la manière la plus appropriée l'adaptation des situations individuelles aux priorités. **Pour les autres**, si une part importante des dépenses de santé

devait être renvoyée à l'effort individuel, il n'y aurait pas, à terme, réduction, mais augmentation des couts. Et les inconvénients de la supervision bureaucratique qu'implique l'examen des ressources de tous les assurés, pourraient se révéler inacceptables.

**Le CNNE n'a pas pris position dans ce débat, sur lequel il n'est pas unanime.**

Au stade actuel, il insiste sur deux points :

-Malgré l'importance actuelle de l'effort collectif, une inégalité devant la santé subsiste, au déterminent des plus pauvres. Des mesures destinées à l'éradiquer devront nécessairement faire partie des priorités.

-L'hésitation ou le débat que suscite le critère de revenu ne dispense ni les uns ni les autres d'un effort lucide d'analyse, du besoin de santé.

-L'acceptation des choix collectifs par la population dépend de la manière dont elle appréhende leurs conséquences sur l'accès individuel aux soins.

Le CCNE estime que le débat serait éclairé si l'on tentait d'identifier d'éventuelles conséquences négatives sur ce plan, pouvant résulter de la fixation de priorités. Eclairer est bien l'objectif, car tout concourt pour la question ne soit pas abordée et cela, loin de faciliter l'acceptation des évolutions, nourrit tant du côté de la population que des professions une angoisse paralysante. A certains égards, comme il l'a été dit, le succès même du système de santé handicape tout effort de prise de conscience.

La première recommandation du CCNE serait donc de parler ouvertement de ces questions. S'il existe une maîtrise globale de l'effort que le pays consacre à ces activités, si des priorités sont dégagées et respectées, quelqu'un, quelque part risque d'être moins prioritaire et de se voir refuser un service ou un acte dont il estime avoir besoin, ou encore le producteur d'un tel service ou acte ne pourra se mettre en position de le fournir, soit parce que les investissements appropriés n'auront pas été faits, soit parce que le financement et plus particulièrement la prise en charge par la collectivité n'aura pas joué.

1. Une première précaution consiste donc à proscrire toute sélection implicite et l'application de tout critère de choix dont il n'aurait pas été débattu ouvertement.

Du point de vue du CCNE, il ne s'agit pas d'une règle mineure. Il n'est d'ailleurs pas la première institution à lui donner de l'importance. Elle a été formulée avec force dans un récent rapport du Conseil d'état qui analyse les implications contemporaines du principe d'égalité. La commission parlementaire suédoise chargée d'étudier les priorités en matière de santé a mis cette recommandation au cœur de ses propositions.

Car il faut se rendre à l'évidence : s'il s'agit de refuser ou de différer un soin ou un service de santé, la tentation de ne pas dire sur quelle base on choisit existe. Les systèmes de santé qui se fondent franchement sur une allocation autoritaire de ressources ou de moyens ont le plus grand mal à rendre publics les critères qu'ils retiennent et connaissent de sérieuses contestations lorsque le public en prend connaissance. L'expérience montre que lorsqu'un système de santé fait face à des incidents ou à des situations temporaires d'encombrement ou de pénurie, il n'y a bien application de critères. Il en fut ainsi à certains périodes des dialyses, des greffes, des trithérapies pour SIDA. Un service de réanimation fonctionnant à la limite de ses capacités sait à quel âge il accepte un prématuré de plus ou quel malade devra frapper à la porte d'un autre hôpital. Il est donc salutaire de dire que si des critères sont, ils doivent être connus de tous.

Si l'on franchit ce premier pas, il est possible de se demander si la référence à tel ou tel critère peut, avec un degré suffisant de vraisemblance, fonder la réponse apportée à une demande individuelle de santé ; cette expérience devrait permettre d'élaguer les critères qui ne répondraient pas à ce test et dont il y aurait fort à penser qu'ils ont quelques faiblesses sur le plan de l'éthique.

2. Si l'on accepte de prendre en compte les craintes qu'expriment les intéressés, patients et professionnels confondus, lorsqu'ils évoquent le rationnement de la santé, elles suggèrent que le service pourrait être refusé ou non pris en charge, alors que le besoin existe.

Précisons tout de suite qu'en France, où nous traitons du problème, cette crainte ne s'est guère concrétisée. Un pays qui consacre presque 10% du PIB à la santé et où il ne s'agit que d'infléchir un rythme d'évolution, n'en est pas à cette extrémité. Peut-être en a-t-on

d'autant plus peur. Mais le débat peut justement s'engager parce que qu'une marge de manœuvre existe et qu'une panoplie de tentatives faites à l'étranger fournit des éléments de réflexions. Elles nous apprennent qu'il est parfaitement concevable, dans des démocraties qui se recommandent de principes similaires aux nôtres, de tenter d'établir des critères pour l'allocation des services de santé.

Précisons toutefois que le propos n'est jamais de proposer au praticien, dans son rapport individuel avec le patient, des directives qui justifieraient, pour tel ou tel motif de ne pas faire droit aux demandes de certains. Mais il est reconnu que les analyses qui conduisent à allouer des équipements, des personnels, à fixer des règles de remboursement, des nomenclatures, etc....., ont bien un impact sur l'accès individuel à la santé et sur le comportement des médecins.

Des expériences très élaborées ont été conduites pour tenter de rationaliser la recherche de critères. Parmi d'autres travaux, le CCNE s'est particulièrement intéressé à ceux qui émanent des Pays-Bas, de l'Espagne, du suède, de la Norvège, cette dernière ayant tenté l'entreprise deux fois, à dix années d'intervalle. Elle a pris connaissance des débats qui opposent en Grande-Bretagne partisans et adversaires d'une fixation explicite de critères et qui se résoudent pour le moment au bénéfice de ces derniers.

Personne ne prétend que l'entreprise est facile. Au contraire ceux qui sont à même de l'évaluer soulignent l'insuffisance des connaissances et nous reviendrons sur ce point central plus loin. Mais ces analyses sont tenues pour une véritable clé des politiques sociales de l'avenir.

Elles déconcertent en ce sens qu'elles font une place à des paramètres non médicaux ; le paramètre financier, qu'il s'agisse du coût d'un service rendu ou de la capacité de l'usage à contribuer au financement, est l'un de ces paramètres, mais un parmi tant d'autres. En effet, des critères tels que l'âge, la situation de famille, le comportement personnel à l'égard du risque et surtout la situation de fortune ont pu parfois être évoqués pour caractériser les situations personnelles devant la santé. On ne peut, bien que ces raisons ne soient à l'heure actuelle jamais évoquées en France, écarter l'éventualité de leur application d'un revers de main. Il y a été parfois fait référence dans les pays étrangers et il

peut en être fait d'une application indirecte, par exemple lorsque la répartition des moyens a abouti de fait à écarter des soins certaines catégories de patients jugés non prioritaires.

A titre d'illustration, notons que la commission suédoise n'a pas hésité à en faire le tour, et comme elle prenons l'exemple de l'âge. L'âge du patient n'est pas neutre dans les décisions prises à son égard. Aux débuts comme à la fin de la vie, le diagnostic comme le pronostic tiennent compte d'un ensemble de considérations sur la durée et la qualité de la survie et cela a pu aboutir de fait à se résumer en considérations d'âge. Cette donnée d'expérience ne peut être niée et il peut en résulter que des décisions concernant l'organisation des services soient affectées par la répartition par âge de la population à desservir. Mais c'est à distinguer du tout de l'hypothèse ou l'exclusion de patients de tel ou tel type de traitement au –delà d'un âge donné serait admise. Même incertitude, mêmes interrogations si l'on évoque la situation de famille – la personne seule au monde a-t-elle de moins bonnes perspectives que le soutien de famille ?

Un comportement personnel dangereux face aux sports à risque ou aux drogues viendra-t-il un jour limiter les droits du malade ?

Sur tous ces points, une préoccupation d'éthique conduit à ne pas confondre des données d'analyses, permettant de mieux comprendre le sens des évolutions, avec des recommandations d'action. Une caractéristique intéressant le comportement de la population face à sa santé n'est pas, du seul fait qu'elle est connue, destinée à se transformer en critère de sélection. Le vieillissement de la population et le développement de techniques qui facilitent l'acharnement thérapeutique justifient l'approfondissement des connaissances sur le service rendu en fin d'existence ; mais il ne saurait en résulter la justification de prétendues limites d'âge, contraires à la dignité humaine et aux règles de notre droit.

De la confrontation des expériences étrangères ressortent quelques questions dérangeantes, montrant les risques de dérivé. Certaines analyses de qualité de vie pourraient n'être que la justification à peine masquée d'une sélection que l'on n'ose avouer ; ceux qui pu officialiser le mode de fonctionnement de listes d'attente se recommandent selon les cas de règles d'antériorité contradictoires, favorisant soit le plus atteint, soit celui qui l'est le moins.

Tout cela suggère une mise en garde. Le risque de dérivé existe, si les critères non médicaux sont mal pensés ou mal contrôlés et s'ils sont trop volontiers utilisés pour évaluer les performances des services. Cette solution de facilité fournit une fausse objectivité et pallie, dans les esprits, les lacunes des connaissances. Elle peut aboutir à différer l'effort qui compte vraiment et qui consiste à savoir évaluer le besoin de santé.

De telles questions peuvent faire l'objet de débat, mais le CCNE est persuadé que dès lors que l'on s'interdit d'appliquer implicitement tel ou tel de ces critères, il ne constituera, en fait, qu'un aspect de l'appréciation médicale. Mais puisque la question inquiète, pourquoi ne pas imaginer une procédure ou toute personne qui penserait se voir opposer un critère d'exclusion serait à même d'évoquer le problème devant une instance de médiation ?

3. Le CCNE a accordé une attention particulière au critère tenant aux revenus, qui pose des problèmes différents. L'idée qu'il y aurait lieu de distinguer entre les assurés selon leurs revenus et d'augmenter la part de la dépense à la charge des plus riches, fait partie de celles qui seront évoquées dans les années à venir.

La société à l'habitude déjà de ce critère ; ce mode de sélection, dont les effets sont ressentis lors du remboursement, joue déjà largement. La part des dépenses à la charge de l'assuré a été régulièrement augmentée, soit par la hausse du ticket modérateur, soit par la libération des prix des présentations dont les remboursements restaient stables (soins dentaires ou secteur à honoraires libres de la médecine). Si cette évolution a peu affecté les soins hospitaliers, le taux de couverture des soins ambulatoires est passé en quinze ans de 67.6% des dépenses à 57.7% (JOHANET.G, 1998).

- Le critère du revenu est donc au centre de deux débats différents.
- Le premier a divisé le comité, qui s'efforce ici de décrire les termes d'une alternative.

Faut-il que la prise en charge de la santé soit le lieu d'une logique redistributrice ? Ou en d'autres termes, est-il légitime, dans une action qui consiste à mieux concentrer l'effort sur ce qui est le plus indispensable, de lier les remboursements, ou certains d'entre eux à des conditions de ressources ?

Pour ceux qui pensent que cette évolution est inévitable, elle serait le commencement de la sagesse. Ils estiment que le frein mis, en raison de l'effort personnel exigé, au développement de la dépense de santé est le meilleur moyen de réserver les moyens disponibles aux moins fortunés. Dans cette analyse, ils attribuent la dérive des coûts au fait que la quasi-gratuité des services, quels qu'ils soient, dispensés même aux plus riches est un facteur de surconsommation aveugle ; et cette application générale profiterait en fait toujours à ceux qui savent bien user des facilités du système. Le retour au marché y mettrait bon ordre, et dispenserait la société de mettre en place toute une panoplie de contraintes spécifiques, compliquées et attentatoires à la liberté de prescription. Cette nouvelle règle du jeu provoquerait le développement de systèmes d'assurance privés, dont le rôle complémentaire assurerait les adaptations souhaitées par le corps social.

Pour ceux qui contestent ce point de vue, il y a une grande différence entre une utilisation à la marge de tels procédés et un recours systématique à la condition de revenu pour piloter la maîtrise de l'effort de santé. Ils pensent plutôt qu'une meilleure répartition des efforts doit se fonder avant toute chose sur la meilleure analyse du besoin de santé, dont il sera question dans le chapitre suivant.

Dans notre pays en effet, on ne discrimine pas entre les malades et ce mode d'organisation est un acquis se sont bâtis des comportements qui dans un pays marqué par le chômage permettent d'assumer le risque maladie pour soi-même, ses enfants et ses ascendants. Cet acquis, dont les avantages en termes d'état de santé général de la population sont évidents, est d'ailleurs plus fragile qu'il n'y paraît. Même au niveau actuel, il assure la situation d'un nombre considérable comme plus favorisées que les exclus, mais qui disposent en réalité de petits moyens et ne sont pas à l'abri d'une précarité.

Cette situation conforme qu'un renforcement sensible de la part de l'assuré dans les financements entrainerait la création de deux catégories de populations, celles qui devraient être exemptées et les autres. Comment serait-il possible de les distinguer, sinon en les soumettant à des contraintes bureaucratiques dont les inconvénients viendraient s'ajouter à ceux de la maladie ? Il est difficile de préconiser la généralisation, à l'occasion de la maladie, de démarches impliquant une supervision bureaucratique sur l'ensemble de la situation des intéressés.

Pratiquement, les difficultés sont grandes ; la société française ne connaît que les revenus salariés, réguliers et déclarés. La frange élevée des revenus et toutes les situations créées par la multiplicité ou la variation des sources de revenus lui échappent.

Mais la critique la plus pertinente est globale. Toutes les fois que la charge d'un service indispensable ou dont la consommation est forcée est renvoyée au marché, il n'y a pas réduction, mais augmentation des coûts. Le service se développe sans maîtrise, fixant lui-même son prix et l'exemple des Etats-Unis montre que c'est la manière de payer la santé le plus cher possible. En Europe, la notion d'une santé à deux vitesses ne serait pas tolérée et la pression de l'opinion serait telle qu'il faudrait réintégrer ces services dans le champ de la prise en charge collective. Mais entre temps, aucun effort n'aurait été fait pour donner corps à une véritable réflexion sur le contenu du besoin de santé.

On voit que le débat est ouvert et qu'il est difficile, au nom d'une réflexion éthique de départager les tenants des deux thèses. Peut-être peut-on d'ailleurs envisager des solutions intermédiaires entre ces deux positions. Ainsi, certains ont suggéré de distinguer deux ensembles dans les besoins de santé évalués aussi précisément que possible. Le premier regrouperait les situations pathologiques dont le niveau de gravité, le caractère douloureux ou handicapant, justifieraient une prise en charge sans condition de ressources au nom de la solidarité de la communauté nationale envers ceux qui souffrent.

Un second ensemble de situations relevant des besoins de santé mais auxquelles il est plus ou moins aisé de faire selon les moyens financiers pourraient être pris en charge de façon progressive, sous condition de ressources.

Une conclusion, cependant, recueille l'unanimité. Un effort supplémentaire sera de toute façon imposé, face aux phénomènes d'exclusion et au constat de l'inégalité devant la santé.

Il y'a a là une réalité. La mortalité varie selon les régions et le lieu d'habitation. Une surmortalité à l'âge adulte, propre à la France, frappe de préférence les catégories sociales les moins favorisées. Les gains d'espérance de vie ont davantage profité aux catégories aisées. Cette situation se double d'une inégalité concernant la densité des services et donc l'accès à ces services.

Rien dans ce qui a été évoqué ci-dessus ne doit donc être interprété comme niant ce constat, ni la nécessité de trouver aussi les moyens d'y faire face, ni le bien-fondé de la notion d'assurance maladie universelle, ni la nécessité de développer des services et des techniques, telles qu'une généralisation du tiers payant, plus appropriées pour la prise en charge des moins fortunés ne sont discutés.

Simplement il faut ajouter que parlant de la situation de grande exclusion, caractéristique de certaines défaillances du système, la réponse n'est pas seulement dans les aménagements apportés au système de santé, mais, bien en amont, dans la politique du logement, de l'éducation et du soutien financier.

Le deuxième point qui recueille l'adhésion va être traité dans le chapitre suivant : aucune réflexion moderne sur les propriétés ne peut se passer d'une meilleure analyse du besoin de santé. Pour les uns, on l'a vu, c'est l'axe des futures politiques et ils craignent même que le recours à des conditions de ressources serve s'alibi pour différer cet examen. Ce n'est en aucune manière l'intention de ceux qui préconisent la modulation financière ; au contraire, ils pensent qu'elle peut parfaitement ne jouer que pour une partie des soins et services, que l'étude des besoins aurait justement pour objet de définir (Johanet.G, 1998).

## ***VII. Pour une meilleure analyse du besoin de santé***

*L'élément le moins contestable d'appréciation des besoins de santé est la gravité de la situation à laquelle il s'agit de faire face, notion qui procède conjointement d'une évaluation objective et du vécu des personnes concernées. Si modulation de la prise en charge collective il doit y avoir, c'est sur la base de cette appréciation qu'elle peut le plus légitimement se fonder.*

Les analyses précédentes conduisent à penser que le seul critère de priorité qui, du moins en principe, ne susciterait aucune inquiétude éthique consiste à tenir compte de la gravité des conséquences de l'affection pour la personne concernée. C'est la conclusion que finissent par

retenir les travaux étrangers les plus convaincants et que reprend à son compte, devant la conférence nationale de santé en 1996 le rapport du Haut Comité de la santé publique.

Ce type d'exercice consiste, si on prend pour illustration les travaux norvégiens, à ranger les conduites médicales, c'est-à-dire la réponse des services à tel ou tel type d'affection en plusieurs niveaux de priorité. Le niveau I désigne les services de base essentiels pour lesquels la société se met en mesure d'assurer partout des moyens suffisants et un accès égal pour tous. Cette rubrique est large : elle comprend tout à la fois toutes les maladies à pronostic grave, et ceci concerne tant le risque vital que le risque de diminution des fonctions physiques ou mentales ainsi que la douleur. Doivent se retrouver en réponse dans ce groupe de priorités les traitements qui accroissent la probabilité de survie, restaurent les capacités, réduisent la douleur et assurent le retour à une vie aussi normale que possible.

En contraste, un groupe III vient désigner des conduites qui n'ont aucun effet prouvé ou encore un effet marginal, ou encore répondent à des états dont le patient peut assumer les conséquences. Les travaux norvégiens identifient un groupe encore moins prioritaire qui regroupent des situations qui n'ont que peu de rapports avec une réponse médicale et correspondent à une présentation médicalisée de biens et de services ordinaires. Bien entendu, la catégorie intermédiaire, dite groupe II est la plus difficile à définir.

L'intérêt de l'exercice est dans sa volonté d'exhaustivité ; la notion d'utilité est testée par rapport aux conséquences actuelles du progrès technique. Il tient aussi aux procédures. Des groupes d'experts établissent des recommandations sur le classement. Ces recommandations sont ensuite traduites de deux manières, au niveau de l'allocation des moyens par les autorités compétentes, en suggestions de bonne pratique au niveau de l'activité clinique. Il y a bien là une méthode permettant de rapprocher priorités collectives et accès individuel aux soins.

Le CCNE, bien conscient du fait qu'une telle classification n'a de portée que lorsque l'on tente de l'illustrer par telle ou telle situation médicale déterminée, pense qu'elle pourra jouer un rôle utile dans le débat.

Elle porte en elle l'idée que l'enjeu consiste à bien définir compte tenu des progrès actuels, les besoins des patients. Il en va différemment de tous les critères individuels analysés au chapitre précédent, dont certains tournent court devant les interrogations éthiques qu'ils suscitent et qui, en tout état de cause, ne sauraient être acceptés que dans une utilisation marginale.

La définition de la santé, tel est bien le sujet sur lequel il faut se concentrer. Il faut que les critères et priorités qui seront utilisés aux divers niveaux de régulation collective conduisent à faire droit aux attentes légitimes des patients ou, plus généralement, des personnes qui ont recours au système de santé. Mais celles-ci ne sont pas en mesure d'intégrer dans ces attentes une véritable connaissance de l'utilité de tout ce qui leur est proposé, et des données telles que le niveau de prévention requis ou les conditions d'accessibilité qui sont conformes aux possibilités actuelles du progrès technique. Il est donc indispensable que soient passées en revue les différentes classes d'actions thérapeutiques, selon le degré de gravité de l'affection ou de l'état pour qu'une réflexion soit possible sur la notion de priorité.

On peut penser qu'à l'intérieur du besoin de santé il y a un très large champ qui fonde vraiment l'effort de solidarité et qui a été dessiné de nouvelle manière par le progrès technique, et d'autres tâches qui en réalité ne relèvent de cette solidarité qu'en raison d'habitudes et des intérêts qui y sont liés. Si cela est exact, la solidarité continuerait à couvrir aussi largement qu'aujourd'hui le besoin de santé, mais non pas n'importe quelle demande. Si modulation du remboursement il doit y avoir, elle serait uniquement liée à cette définition du besoin.

Il paraît important de préciser que l'entreprise s'adresse à l'ensemble du champ des conduites médicales, et non pas seulement à tel ou tel aspect qui serait nouveau ou controversé. Il faut mettre au point une appréciation de l'utilité des conduites courantes, reconnues pour y intégrer les perspectives du progrès et la notion d'une évaluation.

Cette entreprise de redéfinition du besoin de santé ne doit pas se limiter à un point de vue de pure technique médicale. Par exemple, elle n'aboutit pas nécessairement à se concentrer sur ce qui est plus spécifiquement thérapeutique en rendant au marché ce qui relève de la vie courante.

On pense ici à la tendance à l'augmentation du forfait qui représente la part hôtelière de l'hospitalisation, le report des soins sur le domicile qui est aussi le recours systématique à l'entourage ou l'accroissement systématique de la charge laissée aux familles du coût de traitement d'une personne hospitalisée en long séjour. Une évaluation valable aurait parfaitement pu démontrer, avant que les dégâts se soient manifestés, que dans un quartier défavorisé le renvoi de plus en plus tôt des accouchées chez elles a des conséquences préjudiciables pour la mère et le nourrisson, ou qu'il est dangereux de manquer de lits de pédiatrie en nombre suffisant.

Les conditions d'accessibilité aux services, leur relation avec l'organisation des vies personnelles et notamment le bon usage du temps, l'impact du mode de vie moderne avec l'usage de la voiture, du téléphone, sur l'utilisation des services, ce que peut signifier aussi la perte de cet usage pour la personne affaiblie ou démunie, sont des éléments à prendre en compte.

Par ailleurs, il apparaît que le besoin de santé appelle des analyses plus fines dans le cas de populations vulnérables, et des paramètres supplémentaires ou différents doivent jouer si l'on pense aux malades chroniques handicapés, aux personnes âgées de constitution fragile ou aux personnes aux ressources très faibles ; ce qui est vrai d'une organisation des services adaptée à la population générale peut aboutir à les exclure des soins, alors que certains types d'organisation ou de structures, plus particulièrement décrites sous le concept de soins intégrés, répondent mieux à ces situations.

Cette définition de la santé, permettant de mieux connaître les besoins, est donc une entreprise d'envergure. Jusqu'à présent cette définition de la santé a largement incombé aux producteurs de biens et de services en cause. Désormais il s'agit pour la société de se doter des outils d'évaluation nécessaires.

Mettre sur la table ce type de prévisions, et, toutes les données qui vont infléchir les techniques, identifier les actions de recherche ou d'action orphelines, utiliser le langage de l'éthique pour convaincre et coordonner là où il n'est pas imaginable d'imposer, voilà des tâches pour lesquelles il faut un lieu de collecte et de traitement de l'information, éléments de l'évaluation.

En effet, il n'y a en définitive pas d'analyse du besoin de santé qui puisse se passer de l'évaluation des risques, des gravités, des procédures, des conséquences des politiques de prévention (Approche européenne, 1992).

### **VIII. L'impératif de l'évaluation**

*L'appréciation des besoins de santé, de l'efficacité des procédures, de la réalité et de l'importance des risques, indispensable à la mise en œuvre de politiques de santé efficaces et sages, repose avant tout sur la qualité de l'évaluation. Celle-ci est cependant de difficulté variable et peut laisser persister une marge importante d'incertitude sur laquelle se cristallise l'inquiétude, et parfois la récrimination du public. L'exemple de la tension considérable créée par la question des risques potentiels en est un exemple. Malgré une référence croissante à la nécessité d'une évaluation indépendante, cette jeune discipline dispose encore de moyens insuffisants dans notre pays et doit impérativement être encore développée. Les critères d'évaluation de l'efficacité des politiques de santé intègrent des considérations éthiques et sociales qui les rendent difficilement transposables d'un type de société à un autre. Ainsi en est-il de l'introduction des critères qualitatifs de bien-être et de qualité de vie.*

*Cette dimension éthique des techniques d'évaluation rend nécessaire l'établissement d'une connexion étroite entre les instances d'évaluation et le CCNE.*

Le terme " évaluation" est utilisé dans deux contextes forts différents qu'il importe de distinguer. On parle ainsi de l'évaluation d'un risque ou de l'évaluation d'une stratégie ou d'une procédure. Dans le premier cas, il s'agit d'estimer, de donner une valeur, à un risque ; dans le second, on cherche à savoir si l'action entreprise s'est révélée " valable", vis-à-vis du problème posé. Les techniques nécessaires à la résolution de ces deux problèmes sont très différentes.

La notion de risque prend en compte la probabilité de survenue d'un phénomène et son niveau de danger. L'évaluation de risques avérés repose essentiellement sur les techniques épidémiologiques. Il importe de signaler que de nombreuses études sont généralement nécessaires pour déterminer avec certitude quels sont les facteurs de risque.

L'évaluation est aussi un processus d'analyse quantitative et qualitative d'une pratique médicale ou d'un programme de santé publique qui consiste, soit à en apprécier le déroulement, soit à en mesurer les effets, les conséquences positives ou négatives à court et long terme, et l'impact.

L'évaluation est donc un processus lié à l'action, depuis sa conception jusqu'à sa réalisation et ses résultats. Elle passe par une suite d'étapes.

**1 - L'évaluation " a priori" de la stratégie envisagée**, en fonction de données scientifiques et des résultats de stratégies similaires mises en œuvre antérieurement dans différents pays.

**2 - L'évaluation des techniques utilisées**, de leur fiabilité et de leurs résultats documentés, parfois des problèmes éthiques qui peuvent être soulevés.

**3 - L'évaluation des conditions de la faisabilité** est une étape souvent difficile mais indispensable. Il faut mesurer le taux de participation de la population basé sur l'appréciation du risque, puis le taux d'adhésion, c'est-à-dire la proportion des sujets qui se soumettront au protocole de la procédure dans son intégralité : c'est le taux de complaisance, celui-ci pouvant varier en excès (mammographies ou frottis du col trop fréquents), ou au contraire par défaut (arrêt prématuré des soins ou de surveillance). Il faut enfin évaluer l'adhésion et la participation du personnel de santé indispensable à la mise en œuvre de la procédure.

Chaque étape de l'évaluation va nécessiter une expertise et, du fait du large champ de la santé, faire appel à des experts ayant une bonne connaissance du domaine concerné.

**4 - L'évaluation du rapport coût-efficacité des procédures :**

En insistant sur le rôle de l'évaluation, le CCNE place au centre de ses propositions un concept dont il n'est pas l'inventeur. Bien au contraire, depuis quelques années et plus particulièrement depuis qu'il est question de fixer un objectif global à l'assurance maladie, l'évaluation est une référence constante du discours administratif et politique. Pour illustrer ce point de départ de sa réflexion, il renverra au remarquable dossier publié en décembre 1996 par la Revue Actualité et dossier en santé publique du Haut Comité de la Santé publique.

C'est aussi au concept d'évaluation qu'il est fait recours pour élaborer des références médicales opposables par l'effet combiné de la convention médicale et de la loi, ces références devraient contribuer à la fois à la maîtrise des dépenses et à la qualité des soins.

La réflexion du CCNE le conduit d'abord à inviter l'opinion à prendre conscience de l'extrême importance de cette toute jeune discipline. La confiance dans la nouvelle technique ne peut masquer le fait que la France ne dispose pas encore du capital d'investissement qui la rendrait vraiment opérationnelle pour faciliter la définition et l'application de priorités.

Or les connaissances qui conduisent à comparer une pratique médicale à une autre pour en valider une et la recommander ne peuvent vraiment fonder des choix qu'à partir du moment où elles ont constitué un ensemble suffisant. Si valables soient-elles, elles sont au premier stade trop dépendantes du choix qui a fait étudier dans la masse des pratiques tels secteurs plutôt que tel autre. Or ce sont des travaux très coûteux, en qualification et en financement.

De plus, il est fallacieux de penser que la simple référence à des travaux menés dans des contextes étrangers suffit pour constituer la masse critique ; ils ont pu être menés dans un contexte économique et sociologique tellement différent du nôtre que le biais ainsi introduit est insurmontable. N'oublions pas que bon nombre de travaux américains sont inspirés par l'idée que les organismes locaux d'assurance privée se font de leur rentabilité et donc des risques qu'ils acceptent de garantir.

**L'éthique suggère donc que, dans un contexte de maîtrise des dépenses on commence par dépenser ce qu'il faut pour se doter très rapidement des moyens de l'évaluation.**

Comme le reconnaissent avec conviction les responsables de l'évaluation, les choix à faire des premiers sujets à évaluer et l'analyse de l'utilité comparée de diverses actions leur posent des questions qui relèvent de l'éthique.

Il en est ainsi de la place que l'on donne au critère financier dans les données de l'étude. A la limite, un décès prématuré est dans nombre de maladies à séquelles l'issue qui induit le moins de dépenses. Ce paradoxe macabre est évidemment rejeté mais qu'est-ce qui constitue un résultat positif ? Si l'analyse est facile lorsqu'un antibiotique guérit une infection, les pratiques les plus courantes dans la médecine moderne débouchent sur l'appréciation de la qualité de la vie qui a été ainsi préservée. Qui juge de cette qualité, pour une personne handicapée ou très âgée ?

Le CCNE croit, avec tous ceux qui s'intéressent à l'évaluation, qu'il y a autour de cette notion un vaste chantier de recherche et qu'il y a lieu de mobiliser à ce propos des compétences et des moyens spécifiques.

C'est à ce propos que pourraient être approfondies de nouvelles hypothèses permettant de mieux comprendre ce que signifie aujourd'hui la santé. Ainsi l'évaluation doit traiter aussi bien des actions de prévention que des actions de soins. Ainsi serait-il sans doute envisageable d'étudier la demande type d'un usager, selon les âges de la vie et en fonction de l'impact des actions de prévention et des attentes face au système de soins. Il ne s'agit pas là de définir un service minimum mais de poser les questions d'évaluation du point de vue du destinataire des services : il faut en effet s'efforcer de donner à l'approche qualitative toute sa place à côté de l'approche financière, bien caractériser celle-ci car l'évaluation a elle aussi ses " bonnes pratiques ».

L'indépendance des responsables des travaux d'évaluation est évidemment la condition *sine qua non* de leur autorité. Cette exigence s'exprime dans la composition du conseil d'administration de l'ANAES. Il faudra aller plus loin encore en encourageant la constitution d'un réseau suffisamment dense de compétences pour que le débat soit possible, les organismes professionnels doivent y être associés et les universités doivent développer ce type de recherches. Une dimension internationale de comparaison et de critique doit être atteinte et à condition de choisir des thèmes mobilisateurs, il ne serait pas impossible d'y associer les grandes entreprises privées. Les implications éthiques de l'évaluation sont suffisamment fortes pour que le CCNE se soit posé la question de ses relations en tant qu'institution avec les instances d'évaluation.

Il ne serait pas inconcevable de les officialiser par la présence de membres du comité d'éthique au sein de ces instances et inversement. Le CCNE ne pense cependant pas qu'il s'agisse là de la seule solution. La science de l'évaluation en est à définir ses concepts et ses méthodes et est à même comme toute autre discipline de se nourrir de la réflexion éthique, mais cela peut être fait en interrogeant le CCNE sur les questions qui apparaîtront. Pour entreprendre une telle démarche, il serait bon que les journées nationales d'éthique abordent régulièrement des questions liées à l'actualité de l'évaluation et que le CCNE se mette en mesure de traiter rapidement les questions qui pourraient lui être posées par l'ANAES.

Ces contacts devraient préparer le terrain à des discussions largement ouvertes car l'évaluation ne peut être seulement l'affaire de professionnels et ses modes de raisonnement devraient pouvoir être expliqués au public dans son ensemble. En effet, c'est le corps social en son entier qui est intéressé à la définition du contenu de la santé (CCNE médecine et sciences, 1998).

### ***IX. La prévention : un concept ancien à moderniser***

La prévention de ceux des désordres de santé qui peuvent être prévenus est une ardente nécessité éthique et doit être une priorité des politiques de santé. Ce rappel est d'autant plus utile que la France a progressivement pris un retard important en ce domaine. L'évaluation doit jouer un rôle majeur dans la mise en œuvre des mesures de prévention : évaluation du risque, de l'efficacité a priori... et a posteriori des moyens de prévention, des réactions du public qui peuvent conditionner cette efficacité, etc. Parfois, la prévention la plus efficace peut également être la plus simple, faisant appel à des mesures d'hygiène éprouvées, mais malheureusement parfois progressivement délaissées. Dans l'avenir, deux éléments nouveaux dont les implications sont encore imparfaitement connues sont probablement appelés à modifier ce contexte dans lequel les mesures de prévention sont mises en œuvre :

- L'irruption de la médecine génétique de prévision.
- L'accroissement de la demande de sécurité face à la perception de risques potentiels.

En cette matière, l'exigence d'une expertise collective approfondie de la réalité du danger, de la hauteur du risque et de l'efficacité probable des mesures préventives envisagées est particulièrement grande car la prise de décisions, souvent dans des situations de grand émoi du public, est ici habituellement d'une particulière difficulté.

La diversité des paramètres à prendre en compte dans la mise en œuvre d'une politique de prévention justifierait que fût établie une Instance Nationale de la Prévention coordonnant et développant l'action des agences préexistantes.

L'effort de prévention devrait se justifier de lui-même ; en effet, qui contesterait, dans un contexte de maîtrise des dépenses, l'intérêt d'agir en amont de la demande de soins ? Les pouvoirs publics ont clairement valorisé ces actions dans l'exposé des motifs de la loi de financement de la sécurité sociale et dans les débats suscités par la création d'une agence de sécurité sanitaire.

Force est de constater que dans ce pays porteur de tant de progrès, la prévention se heurte à une grande inertie et est même sur certains domaines, en recul. A l'appui de cette observation, on peut faire trois remarques :

- L'une tient à la faiblesse des moyens financiers consacrés globalement à cette tâche,
- L'autre conduit à s'étonner qu'aucune réponse d'envergure n'ait été apportée aux problèmes de la prise en charge des actes de prévention.
- Enfin, si elle est au cœur du discours public sur la santé, la prévention ne s'est pas dégagée d'une relation négative avec l'opinion. Il n'en fut sans doute pas ainsi à la grande époque du discours hygiéniste et de la lutte contre les fléaux sociaux. Mais elle est souvent le champ, aujourd'hui, des réactions les plus individualistes ; les excès qui ont été commis au nom de l'amélioration de l'état de santé collectif, une certaine confusion avec des politiques ouvertement ou insidieusement eugénistes, ont nourri des suspicions. Des données, telles que l'hygiène, que l'on croyait acquises une fois pour toutes, sont apparues trop banales pour être défendues. Un progrès technique triomphant n'est-il pas porteur d'illusions : pourquoi se protéger de l'infection, se laver les mains, si toute infection peut être traitée par les antibiotiques ?

Il s'ensuit que cette partie de la médecine trouve à peine sa place dans la formation, et il ne faut pas s'étonner que pour les jeunes générations, si ce n'est pas que de la médecine, ce n'est pas vraiment de la médecine.

Le CCNE n'hésite pas à dire que certains progrès résultant de la discipline consentie depuis des générations, pourraient être remis en cause. Il est également convaincu que le moment est venu de provoquer, en faveur de la prévention, un retournement de l'opinion. Il peut d'abord se fonder sur les perspectives que laisse entrevoir la médecine prédictive et qui, de toute façon, vont obliger la société à gérer les énormes problèmes qu'ouvriront les nouveaux types

de diagnostic. Parallèlement, une tendance à mettre en cause la responsabilité, le cas échéant pénale, de ceux qui auront laissé un risque à conséquences sanitaires prendre consistance, a atteint l'Europe ; ne serait-il pas plus convaincant, plutôt que de traîner quiconque se mêle de santé devant les tribunaux, de se mettre en position de prévenir le risque ?

Il est possible que les esprits évoluent et soient mieux disposés à comprendre des messages de prévention destinés à des personnes en bonne santé. L'intérêt pour le corps, l'alimentation, l'accord avec la nature, et de façon générale, les préoccupations environnementalistes, vont de pair avec un renouvellement des attitudes.

La modernisation du concept de prévention passe, selon le CCNE, par une bonne analyse de la notion de risque et de la définition des conduites destinées à le prévenir. Il s'agit ensuite de montrer qu'elles sont responsabilités conjointes des personnes prises individuellement, et des pouvoirs publics, dont les points de vue ne doivent pas être opposés. Il s'agira enfin, justement parce que nous sommes en période de maîtrise des coûts, d'évaluer l'investissement nécessaire et de fixer, là aussi, un objectif à atteindre.

### **1. Tests génétiques et prévention**

Dans la décennie à venir, les informations à traiter pour définir l'attitude optimale de prévention, aux niveaux collectifs et individuels, s'enrichiront considérablement du fait de la multiplication des tests génétiques de susceptibilité variable à divers états pathologiques. Le CCNE a, dans cet avis, rappelé que, parfois, ces tests ne déboucheront pas sur de réelles possibilités de prévention des maladies auxquelles la susceptibilité a été détectée, soulevant de très difficiles problèmes déontologiques et éthiques, individuels et sociaux.

- Cependant, chaque fois qu'un diagnostic pré-symptomatique permettra de préconiser des mesures efficaces pour éviter que n'apparaisse la maladie, ou bien de commencer à la soigner suffisamment tôt pour que le traitement soit plus certainement efficace, ce progrès scientifique aura été un bienfait pour la médecine et pour l'humanité. Par exemple, le diagnostic génétique pré-symptomatique d'une hémochromatose, maladie fréquente caractérisée par une surcharge en fer pouvant se compliquer de cirrhose et de cancer du foie, conduira à préconiser aux personnes ayant hérité la mutation de leurs deux parents de donner régulièrement leur sang. Ce qui, ce dernier étant riche en fer, évitera la surcharge.

De même, la découverte récente d'un gène de susceptibilité à une forme familiale de glaucome à angle ouvert permet d'envisager une réelle prévention, éventuellement chirurgicale, des redoutables complications possibles de cette affection.

- Dans d'autres cas, des mesures efficaces pourront également être prescrites à des personnes ayant des susceptibilités génétiques, mais leur multiplication éventuelle, leur caractère contraignant laisse à penser que l'observance de ces mesures par les personnes pourrait n'être pas facile. Il suffit, pour s'en convaincre, de noter combien il est difficile d'empêcher les gens de fumer et de boire de l'alcool en excès, alors même que la nocivité du tabac et de l'alcoolisme est reconnue par tout le monde.

Une autre interrogation est celle des conséquences du développement de la médecine "prédictive" utilisant les prédispositions génétiques sur l'évolution des dépenses de santé.

D'un côté, il est sûr, que, parfois, il peut être plus économique d'éviter la survenue d'une maladie par des procédés simples que d'avoir à la traiter. D'un autre côté, cependant, le coût intrinsèque des tests génétiques eux-mêmes sont élevés et ces tests pourraient se multiplier dans les années à venir. Par ailleurs, il est dans l'intérêt des firmes pharmaceutiques de prescrire de véritables traitements préventifs qui pourraient éventuellement bénéficier aux personnes susceptibles mais qui auront l'inconvénient évident de médicaliser une large population dont une faible proportion seulement aurait en fait développé la maladie. Il est donc loin d'être évident que l'évolution de la " médecine génétique" apporte des solutions à l'inflation des dépenses de santé dans les pays industrialisés (Avis n°46 du CCNE, 1995).

## **2. La prévention du risque**

Comme nous l'avons discuté dans le chapitre précédent consacré à l'évaluation, le risque à prévenir peut être avéré ou potentiel. Dans le premier cas, celui du risque avéré, la question à résoudre n'est pas celle du principe d'une prévention, évidemment souhaitable, mais de sa possibilité et de son efficacité.

L'efficacité d'une politique de prévention est parfois évidente (vaccinations, traitement hormonal substitutif de la ménopause, port de la ceinture de sécurité, détection précoce des troubles oculaires, hygiène dentaire et soins précoces d'odontologie, prévention des complications cardiovasculaires, de l'hypertension artérielle, etc.).

Mais souvent de démonstration plus difficile, et donc sujette à débats et à contestations (par exemple, prévention ou meilleurs moyens de détection précoce des cancers du sein, influence de la nature exacte des graisses alimentaires sur l'athérosclérose, etc.).

Dans le cas du risque potentiel, la première difficulté, considérable, est d'en évaluer la réalité, par définition incertaine. De plus, partant de cette incertitude, la nécessité et l'efficacité théorique des éventuelles mesures de prévention ne peuvent elles-mêmes être appréciées que de manière hypothétique, contrastant souvent avec l'ampleur de l'émoi et de l'inquiétude du public et avec l'attente anxieuse d'informations claires par les décideurs politiques. C'est dans ces situations que le travail d'expertise à la base de toutes les procédures d'évaluation, est souvent le plus mal compris et est, en réalité, le plus difficile.

En effet, le but de l'expertise, contrairement à une attente très répandue dans la Société, ne peut être de " prédire l'avenir" mais plutôt de présenter l'état des connaissances et, en fonction de cela, d'explicitier les différents scénarios possibles et, le cas échéant, les possibles conséquences des choix faits, en fonction des théories acceptées.

Le décideur, auquel revient, en dernière analyse et selon les procédures habituelles des sociétés démocratiques, de prendre la décision, intégrera un principe de précaution, qui n'est pas synonyme de principe d'immobilisme puisque, souvent, le *statu quo* n'est pas l'attitude probablement la plus sûre (INSERM, 1997).

### **3. Responsabilité conjointe de l'individu et de la société**

Une prévention efficace doit impliquer des obligations tant au niveau collectif qu'au niveau individuel :

Au niveau **collectif** :

- Détection précoce d'affections nouvelles, d'effets néfastes de nouvelles technologies (ex. effet des baladeurs sur l'audition...). Pour cette détection la recherche en épidémiologie doit être développée.
- Après identification d'un risque dans sa cause et ses conséquences, élaboration de mesures préventives pour pallier, voire éviter, sa survenue et ses conséquences. Cette recherche devra être réalisée par des équipes pluridisciplinaires afin de déterminer les mesures techniques,

administratives ou éventuellement législatives les mieux adaptées. Ces mesures devront prendre en compte un certain nombre de critères : faisabilité, acceptabilité, coût humain et financier en fonction du risque encouru.

- Information de la population générale sur les dangers prévisibles et les moyens de prévention. Cette information doit se faire dans la transparence, de façon objective, sans catastrophisme excessif, mais tout en étant suffisamment incitatif.

- L'évaluation a posteriori de l'efficacité des mesures préventives devra être réalisée comme il est mentionné dans le paragraphe sur l'évaluation.

Au niveau **individuel** le citoyen devra assumer sa responsabilité en appliquant les mesures efficaces préconisées pour la collectivité, nonobstant la gêne individuelle que ces mesures peuvent entraîner pour lui.

La motivation de la population et son adhésion aux principes de prévention n'est pas aisée. Les exemples liés aux risques associés à la consommation excessive d'alcool et à la fumée de tabac sont à cet égard particulièrement démonstratifs. Il n'existe aucun doute scientifique sur la nocivité de l'intoxication alcoolique et de la consommation de tabac, et ces deux agents occupent des places majeures parmi les causes de mortalité et de morbidité dans de nombreux pays, dont le nôtre. La seule cessation de la consommation de cigarettes épargnerait à terme des millions de morts par an dans le monde, faisant chuter de 20% la mortalité par cancer dans notre pays. Cependant, la consommation d'alcool et de tabac est revendiquée comme une liberté essentielle, d'ailleurs en réalité relative du fait de la dépendance qu'entraîne ces deux drogues. Que l'on se rappelle également la résistance au port de la ceinture de sécurité en voiture. Il a fallu le rendre obligatoire, et sanctionner pour arriver à l'imposer, alors que son efficacité était largement démontrée. Toute contrainte individuelle, surtout si elle n'amène pas un bienfait immédiat, est perçue comme une atteinte aux libertés individuelles (Avis n°43 CCNE, 1994).

En revanche, le citoyen se plie d'autant plus volontiers à une modification de ses habitudes individuelles s'il sent qu'un effort est fait par la collectivité.

Les maladies cardio-vasculaires, première cause de mortalité en France, illustrent tout-à-fait l'imbrication des responsabilités conjointes, tout à la fois collectives et individuelles. A la collectivité incombe l'identification des causes (prédispositions biologiques, stress, habitudes alimentaires, activités physique etc., d'où l'importance des études épidémiologiques et de la vigilance, et les mesures à prendre. A l'individu incombe de se conformer à ces mesures.

L'exemple **de l'hygiène** est révélateur d'un désintérêt individuel que l'on pourrait attribuer à un manque d'incitation de la part des pouvoirs publics. Par exemple, s'il existe un milieu qui devrait être tout particulièrement hygiénique, c'est bien l'hôpital. Or les infections nosocomiales y restent extrêmement fréquentes, entraînant un coût financier et humain considérable , Il est probable que l'efficacité des antibiotiques a contribué à relâcher les précautions d'asepsie, aboutissant tout à la fois à l'apparition des phénomènes dramatiques de multi-résistance des germes pathogènes ... et à la réapparition d'infections que de bonnes mesures d'asepsie auraient probablement permis d'éviter, impliquant cette fois des agents microbiens récalcitrants à la plupart des traitement disponibles.

Là où existe un traitement, la notion de prévention s'estompe. Pourtant il s'agit souvent d'un ensemble de précautions, simples, peu coûteuses et bénéfiques, à la fois pour l'individu et pour la collectivité. Selon le même principe, n'existe-t-il pas un risque de recrudescence du Sida pour lequel l'effet bénéfique de la trithérapie peut inciter à une moindre utilisation du préservatif ? (communication partenaire en santé, 1995).

#### **4. Un objectif prioritaire**

Chaque fois qu'un risque pathologique avéré a été identifié, sa non prise en compte dans l'établissement d'une politique de santé, pour quelque raison que ce soit, n'est pas éthiquement acceptable. En effet, au niveau individuel, chacun doit pouvoir être clairement informé des facteurs de risque identifiés, et être assuré que si existent des mesures permettant de les minimiser, de telles mesures sont bien prises. Les mesures préventives réellement efficaces au niveau collectif sont en effet toujours bénignes comparées au traitement des affections non évitées, même lorsque ce traitement est possible et habituellement curateur.

- L'affichage de cette priorité éthique est important car il est des cas où l'exigence de prévention peut sembler en contradiction avec d'autres éléments, notamment économique et politique.

- Une politique de prévention est souvent moins " visible" que des décisions spectaculaires faisant suite à l'annonce de progrès thérapeutiques sensationnels. Ses effets, à long terme, sont peu évidents pour le public.

- Parfois, une analyse économique à courte vue peut amener à considérer que des traitements au cas par cas sont moins onéreux que la mise en œuvre d'une large politique de prévention. Ce type de conclusion doit toujours sembler suspect, même sur le plan strictement économique. En effet, la prise de conscience brutale par la population d'un risque initialement non pris en compte peut induire secondairement des dépenses bien plus considérables que celles qui, de première intention, eussent été probablement efficaces. De plus, et la recrudescence actuelle de la tuberculose en est un exemple, avec l'apparition de ses formes multi-résistantes aux antibiotiques, le tableau que revêtira la maladie non évitée, et donc les dépenses occasionnées par son traitement, est largement imprévisible, surtout en ce qui concerne les maladies transmissibles.

- Un autre écueil à surmonter pour la mise en place de politiques de prévention durables est le poids de l'industrie du médicament dont l'intérêt est de traiter les maladies, et non d'éviter leur survenue. Cependant, cette considération est aujourd'hui équilibrée par l'émergence de préventions médicamenteuses extrêmement incitatives pour l'implication des sociétés pharmaceutiques en ce domaine. Nous avons déjà cité les exemples de la prévention hormonale des conséquences de la ménopause et pourrions y ajouter ceux d'une prévention plus large des troubles associés à la sénescence. De nombreux essais de chimio-prophylaxie des cancers sont également en cours et plusieurs traitements largement utilisés aujourd'hui ont pour but la prévention de l'athérome et de ses complications chez les sujets à risque.

Les besoins de prévention de la survenue d'états pathologiques concernent évidemment toujours la Santé... et son administration. Ils sont cependant également transversaux à de très nombreuses activités d'ordre industriel, agricole, liées aux transports, à l'environnement, aux conditions de travail, etc. De ce fait, il se pourrait que la mission dévolue à l'Institut de Veille Sanitaire prévue par la loi en discussion dût être, soit étendue, soit complétée par la mise en place d'instances agissant en synergie avec elle pour prendre en compte, dans ses différentes dimensions, les besoins de prévention.

En concertation avec les Agences de Sécurité Sanitaire des produits, cette instance serait une structure d'alerte en cas d'identification de besoins préventifs nouveaux, et pourrait être amenée à gérer une ligne budgétaire spécifiquement dévolue à la prévention (1995).

## ***X. Le débat démocratique dans l'établissement des politiques de santé***

Les outils de la décision démocratique et les garanties des libertés doivent être adaptés à certains des enjeux suscités par les choix collectifs dans le domaine de la santé.

Le CCNE a identifié plusieurs domaines où l'innovation de l'adaptation s'impose. Il s'agit des problèmes nouveaux de confidentialité liés à une utilisation beaucoup plus massive des données concernant la santé de chacun. Il s'agit ensuite de déterminer à travers quelles structures peut être discuté et redéfini le besoin de santé et la manière par laquelle le citoyen, qu'il soit en bonne santé ou patient, pourra peser sur ce qui commande sa qualité de vie.

Il s'agit enfin de doter le monde des professionnels de la santé des outils de prévision et d'analyse qui seront la condition de leur adhésion et de leur adaptation au progrès technique. Répondre aux préoccupations éthiques sous-jacentes à la prise de décision en matière de politique de santé nécessite sans aucun doute un certain renouvellement de la forme du débat démocratique.

Le CCNE a identifié notamment trois niveaux où un tel renouvellement et approfondissement est nécessaire :

- La protection des données individuelles concernant la santé
- L'expression du point de vue des usagers
- Le respect des obligations consenties au nom des priorités reconnues, et donc la nature des contrôles

Mais surtout il faut revenir ici à la définition d'une politique de la santé : si l'on veut éviter que les besoins de santé soient définis dans le conflit et le désordre par les seuls producteurs, il importe d'organiser en ce domaine le débat démocratique.

1. Le développement des objectifs d'évaluation et de prévention passe par le recours beaucoup plus systématique qu'autrefois au recueil de données individuelles, rendu efficace par le progrès des techniques informatiques. La société qui invite les individus à communiquer plus largement ces informations sensibles a le devoir de les protéger. Cette préoccupation est présente comme l'indiquent les précautions prises lors de l'institution du carnet individuel de santé.

Mais si notre pays dispose d'une législation protectrice en matière de recueil de données, celle-ci est en cours d'adaptation aux exigences communautaires ; en outre, on doit s'attendre à un véritable changement d'échelle. Il y a tout lieu de penser que l'informatique qui est appréciée par les professions en cause, va connaître un immense développement.

C'est d'ailleurs un élément du progrès que cette perspective de collecte et d'interprétation de données de santé. Il ne faut pas sous-estimer les risques que suscite l'utilisation généralisée de ce nouvel outil.

L'expérience américaine commentée très franchement dans les revues scientifiques montre que malgré des procédés perfectionnés de protection des données la tentation d'interroger les fichiers pour des raisons de curiosité, de malveillance ou d'alimentation des médias est partout présente. Il ne suffit pas pour rassurer la population et obtenir sa collaboration d'élaborer des théories sur les personnes habilitées à partager le secret médical, mais il importe que les règles de ce secret soient définies avec clarté, compte tenu de la large utilisation de l'informatique et de la volonté avouée de recenser des données individuelles.

A cet égard, si l'on veut obtenir une adhésion plus large de la population à une mise en commun de données, il faut un travail d'explication. La plupart des systèmes de recueil de données poursuivent simultanément un double objectif, la gestion des tâches incombant à l'organisme et notamment de ses tâches de contrôle et la constitution de bases de données scientifiques. Cette confusion n'est pas encourageante pour le public, surtout s'il craint que le débouché en soit des mesures d'économie. Par ailleurs, bien des entreprises de recueil de données sont menées à des fins scientifiques sans que les personnes, dont il est vrai, le nom n'est sans doute pas mentionné, soient au courant. Or il apparaît que si les enjeux étaient plus clairement expliqués une grande partie du public n'aurait aucune objection à faire don de données, comme il en serait de dons de sang, à condition d'être sûr qu'elles soient protégées.

Le problème mérite à lui seul une étude, qui a été abordée déjà à propos de la modernisation de la législation française et de la protection des données pour l'harmoniser avec les règles européennes. Les problèmes propres aux données individuelles d'ordre médical y sont traités

**2.** La nouvelle législation adoptée pour modifier le processus de décision en matière de santé fait appel à un grand nombre d'échelons de décision et aussi, le plus souvent, à des systèmes de concertation ou de consultation. Le débat démocratique, que tout le monde appelle de ses vœux, bute sur des difficultés qui sont propres au domaine de la santé.

La fixation de priorités devrait être le fait des décisions les plus démocratiques qui soient, en raison de la généralité et de la gravité de l'enjeu. Le propos est également de les formuler de telle manière que se réduise le fossé entre leur expression aux différents niveaux collectifs et à celui du colloque singulier. Mais il existe aussi en la matière une technicité propre qui fait que si ces choix ne peuvent être le fait des seuls producteurs, ils ne peuvent cependant se décider sans eux.

Le CCNE ne conteste évidemment pas la qualité de l'élu de la Nation pour délibérer de ces problèmes au Parlement, ni les compétences éventuelles des élus locaux, ni la présence traditionnelle des partenaires sociaux dans les instances de la sécurité sociale. Mais le bon fonctionnement de la démocratie ne s'improvise pas ; il faut l'organiser.

En ce sens, une très forte demande s'adresse aux institutions démocratiques et ceci est vrai dans tous les pays d'Europe. Qui s'exprime, du consommateur ou du citoyen, et souhaite-t-il vraiment s'exprimer ? Mais s'il ne le fait pas, qui doit à sa place trouver les critères de qualité de vie ?

Le consommateur de santé est vivement intéressé à la définition des priorités. Il n'hésite pas à le manifester avec vigueur au sein des associations de malades et l'expérience du SIDA dont l'impact pesait sur un public jeune nous a sur ce plan beaucoup appris. Mais le développement de ce type de mouvement associatif ne suffit pas à répondre à un problème qui serait la mobilisation et la représentation du citoyen pour préserver sa bonne santé, s'assurer de la disponibilité satisfaisante des moyens de faire face aux risques courants ou plus graves ou préparer les décisions qui conditionnent son avenir, particulièrement face à la vieillesse.

Il semble bien que deux leviers devraient être simultanément utilisés pour provoquer cette prise de conscience. L'un serait de prévoir et d'organiser aux différents échelons cette représentation et l'autre d'en faire un des aspects de l'éducation à la santé.

Il y a lieu de mettre en route une forme de dialectique entre la représentation politique élue, aux échelons où elle est compétente, et des échelons intermédiaires, où les questions seraient éclairées, expliquées, décantées. Il existe une nécessité d'inventer des liens entre le niveau administratif et politique d'une part, le niveau clinique d'autre part, qui conduisent à rapprocher le langage des priorités de celui de leur application, et cela d'autant plus qu'à ces deux niveaux les réponses doivent être transparentes. La Norvège, qui, on l'a vu, a l'avantage d'avoir sur l'établissement des priorités l'expérience de deux exercices successifs à dix ans d'intervalle a exploré ces pistes et on notera aussi l'expérience britannique de jurys de citoyens ou les *panels* pluralistes qui ont été réunis en Espagne ; dans tous ces cas, l'organisme est pluraliste, il réunit praticiens et membres du public, il entend les explications d'experts, il prend le temps de sa propre formation et recherche une certaine continuité ou régularité dans son fonctionnement.

On imagine ce que ces nouvelles approches demandent comme formation, des deux côtés : de celui des utilisateurs et de celui des producteurs. Mais quelle est cette éducation, quelle est cette formation ? De toute évidence, il ne peut s'agir de deux discours parallèles qui ne se rencontrent pas.

Autour de l'information et de l'éducation, par une forme d'éducation populaire il serait possible de susciter la volonté de participer, en dehors des moments où la maladie provoque la prise de conscience (Cadoux et al., 1998).

**3.** Quoi qu'on en dise, la politique de santé s'inscrit dans une perspective de discipline et aucune discipline ne fonctionne si les intéressés n'ont pas une vue claire des obligations incombant à chacun et si le respect des obligations n'est pas contrôlé. De ces deux points de vue, les outils de la démocratie doivent être adaptés.

Jusqu'à présent, la définition du service rendu a largement incombée aux producteurs eux-mêmes. Il ne saurait être question de se passer d'eux. C'est inévitablement du côté de l'offre que viendra une impulsion vers la modernisation ; mais il faut se demander quelle forme

d'action pourra à la fois induire un mode de production plus adapté et obtenir une adhésion suffisante des intéressés.

**Notre société devrait pouvoir disposer d'un instrument indépendant d'observation, de planification indicative et de compte rendu en matière de santé.** On a vu comment l'une des causes de paralysie est la difficulté pour les professions de se préparer au progrès technique et de comprendre le sens des évolutions à l'échéance de dix ans ou plus. Par ailleurs on ne peut suggérer à certains des changements d'attitude s'ils ne voient pas ce qu'il en est des autres secteurs dont l'évolution pèse sur les dépenses. Tous voudraient savoir si l'on s'approche de l'objectif annoncé dans tel ou tel secteur.

C'est de la responsabilité des pouvoirs publics de doter la société de ces instruments, sans lesquels le débat public passionnant à ses débuts s'enlisera très vite dans la répétition des bonnes intentions et le scepticisme.

Le CCNE n'a pas de réponse toute faite à une autre question, primordiale : comment faire participer les praticiens de tous bords à une nouvelle définition de la santé ? Il se propose, de la position indépendante et purement consultative qui est la sienne, d'aider à sa maturation en organisant une large consultation sur cette question même des praticiens de la santé.

**Le document d'analyse qu'il a élaboré et qu'il soumet aussi à une confrontation avec d'autres comités d'éthique européens pourrait servir de point de départ à une réflexion.**

Il se proposerait d'approfondir, au besoin par de nouveaux travaux et dans des colloques publics tels ou telle question, même sectorielle, à propos de laquelle l'idée de mieux définir le besoin de santé susciterait inquiétudes et difficultés particulières.

Le contrôle est une nécessité avec laquelle il faudra vivre et nous savons que touchant à l'intimité des individus et au rapport privilégié entre ceux-ci et les acteurs du système de santé il a toujours provoqué beaucoup de difficultés. Ne peut-on cependant espérer de très grands progrès si les données de base du contrat social sont mieux connues et comprises et si l'objectif à atteindre a été élaboré en commun ?

**4. C'est pourquoi le CCNE estime que la priorité des priorités, est l'éducation à la santé.**

Ces 50 dernières années ont été marquées par le développement exponentiel des connaissances en biologie en général et sur le corps humain en particulier. Les capacités techniques d'observations, d'explorations fonctionnelles et d'interventions thérapeutiques ont atteint une très grande puissance et donnent au médecin ou à l'équipe médicale des possibilités d'action très importantes sur le corps du malade (système nerveux compris).

Pour pouvoir dialoguer dans une relation vraie avec le médecin, le patient et ses proches devraient avoir un minimum de connaissance de l'anatomie et de la physiologie humaine.

Par ailleurs, tout citoyen doit être informé sur les conséquences, pour sa santé, et plus généralement pour sa vie quotidienne, de la mise en œuvre de décisions politiques ou de pratiques commerciales de portée générale. Pour que cette information puisse être appréhendée avec efficacité, et qu'il se sente concerné, s'il en a le souhait, le citoyen doit avoir reçu une formation suffisante.

Cette éducation à la santé est certes nécessaire à cause des enjeux sociaux, économiques et politiques que pose la santé au niveau collectif ou personnel. Mais elle l'est tout autant, d'une façon plus globale, car c'est par son corps, et par la représentation qu'il en a, que l'individu s'inscrit dans son rapport à lui-même et aux autres et dans la société. Bon nombre de manipulations publicitaires, commerciales, idéologiques ou sectaires sont facilitées par une représentation déficiente du corps et de sa physiologie.

Une conception trop intellectualisée du corps avec une survalorisation de la pensée (qui serait plus fréquente chez les hommes, les femmes ayant par leur physiologie et par la maternité une approche différente), une représentation du corps liée à l'image de l'enveloppe corporelle par trop idéalisée, sont des obstacles culturels à une éducation pertinente à la santé. L'acceptation d'un corps réel, confronté à ses limites est essentielle dans la perspective d'une meilleure appréhension du besoin de santé (Lenaghan.J, 1998).

## ***XI. CONSTATATIONS ET RECOMMANDATIONS***

1°. Ni le public, ni les professionnels de la santé, ni les décideurs administratifs et politiques ne sont bien préparés aux mutations qu'entraîne le progrès technique dans le domaine de la santé.

Les perspectives de ce progrès, et le fait que le système de santé évolue dans un contexte de maîtrise des dépenses suscitent des craintes auxquelles une réflexion éthique apporte certains éléments de réponse. Le CCNE les a identifiés dans les termes qui suivent.

2°. La notion d'une maîtrise des dépenses de santé appelle une clarification. La limite, ou objectif que se fixe la société - à l'heure actuelle le Parlement - concerne la part des dépenses que la collectivité prend en charge ; la notion de limite ne s'applique qu'à cette partie des coûts.

Elle ne signifie nullement que les activités de santé, même pour la part remboursée, constituent une charge pour l'économie. Ces activités sont également un élément important de la richesse du pays et de sa croissance.

Leur évolution continuera à être fortement influencée par le marché, et plus particulièrement par le marché international.

Les réflexions les plus poussées sur les méthodes d'analyse économique de ces activités ne font pas apparaître d'incompatibilité entre critères économiques et préoccupations éthiques ; l'approche économique et l'approche éthique, dans le champ de la santé, sont complémentaires.

3°. Les bases d'une approche éthique existent : elles ressortent des principes constitutionnels ou reconnus par les lois de la République, auxquels la société est attachée et qui ne sont pas rendus obsolètes par l'évolution actuelle.

Les préoccupations éthiques naissent de la combinaison de ces règles avec la volonté de mieux répartir l'effort, qui se traduit par des priorités déterminées sur le plan collectif. Les craintes viennent de l'impact possible de ces priorités sur l'accès individuel aux soins.

4°. La crainte existe que la mise en œuvre de critères aux divers échelons où s'élaborent les priorités vienne insidieusement affecter l'accès aux soins.

Une recommandation importante consiste donc à refuser que puisse jouer en la matière tout critère implicite de sélection, et à doter le citoyen d'une procédure de médiation lui permettant le cas échéant de soulever tout problème touchant à son accès aux soins.

5°. L'idée que la solution des contraintes économiques associées au développement des dépenses repose sur une modulation de la couverture collective de ces dépenses en fonction de la situation de fortune a provoqué un débat.

Pour les uns, une telle évolution est inévitable et apporte la réponse la plus souple au problème de l'adaptation des situations individuelles aux choix collectifs.

Pour les autres, cela reviendrait à confier au marché l'établissement des normes d'allocation des ressources aux besoins. Dans un premier temps, il en serait ainsi des couches les plus aisées de la population. La revendication légitime des citoyens les plus défavorisés de bénéficier des mêmes possibilités aboutirait au résultat inverse à celui souhaité (une augmentation des dépenses) alors que le refus de cette revendication avaliserait le concept d'une médecine à deux vitesses.

Un consensus existe sur la nécessité de ranger parmi les priorités les mesures destinées à corriger l'inégalité devant la santé ; elles doivent répondre à une série de manifestations d'exclusion particulièrement inquiétantes.

Dans l'esprit de tous, aucune des considérations qui précèdent ne dispense la société d'un effort d'analyse sans précédent, qui devrait porter sur le contenu du besoin de santé.

6°. Une meilleure définition des besoins de santé s'impose, incluant les données d'une analyse de la situation actuelle ainsi que les évolutions prévisibles de l'offre et de la demande de soins, notamment engendrées par l'innovation technique et thérapeutique. Les questions de l'accessibilité aux services de santé en fonction du mode de vie, de l'âge et de situations d'exclusion doivent également être prises en compte.

7°. L'évaluation des conduites médicales est donc au cœur du problème. Cet impératif est actuellement reconnu par les autorités responsables des choix de priorité. Mais l'évaluation ne pourra jouer son rôle dans une définition utilisable des priorités que si elle est menée à une échelle suffisante et dotée des moyens scientifiques et financiers correspondants. La définition de son champ et de ses méthodes ne manque pas de poser des questions éthiques et ce fait justifie qu'une relation de travail permanente soit établie entre les instances d'évaluation et le Comité d'éthique.

8°. Un des points-clés de cette définition consiste à rénover le concept de prévention.

L'objectif est ici que le citoyen se sente aussi concerné par son accès individuel à la prévention qu'il l'est actuellement par l'accès aux soins. L'engagement de la société à satisfaire ce qui devrait être un véritable droit devrait lui aussi faire l'objet de la définition d'objectifs dont la réalisation devrait pouvoir être suivie et contrôlée. Elle pourrait bénéficier de la mise en place d'une Instance Nationale de la Prévention, complétant les missions dévolues par la loi à l'Agence de Veille Sanitaire, impliquant les diverses autorités concernées et transversale aux différentes activités engendrant un risque sanitaire.

9°. Les outils de la décision démocratique et les garanties des libertés doivent être adaptés à l'importance de l'enjeu.

Le CCNE a identifié plusieurs niveaux où un débat démocratique doit s'engager : le recueil des données individuelles sur la santé et les conditions de leur confidentialité, la manière de représenter l'utilisateur dans les diverses instances qui traitent des priorités, les moyens à mettre en œuvre pour faciliter l'information et la formation des professionnels de santé s'agissant de ces enjeux, moyens par lesquels passe leur adhésion aux priorités et à la discipline consentie.

Il apparaît très important au CCNE que le monde très varié des professionnels de la santé soit appelé, au-delà des discussions liées à l'actualité de leur situation, à intégrer dans leurs

réflexions les préoccupations éthiques liées à ces choix collectifs. Le CCNE se propose, de la position indépendante qui est la sienne, d'aider à cette prise de conscience en organisant auprès de ces professions une consultation qui portera sur le présent document de travail, point provisoire de ses réflexions.

Une priorité absolue, si notre société doit aborder avec lucidité l'évolution qui se dessine, est certainement l'éducation à la santé dont l'amélioration doit faire l'objet d'une réflexion et d'actions spécifiques.

## ***XII. les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier***

Les dépenses de santé ne cessent d'augmenter, les difficultés financières des hôpitaux et les réformes de s'accumuler, les décideurs de s'inquiéter. Dans ce contexte, Madame VAN LERBERGHE, Directrice Générale de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, a souhaité que le CCNE se prononce sur les problèmes éthiques posés par la contrainte budgétaire en milieu hospitalier, notamment en matière d'arbitrage des traitements particulièrement coûteux ou des interventions très lourdes. Sur quels critères peut-on fonder une décision équitable lorsqu'il s'agit de choisir entre deux impératifs souvent contradictoires : préserver la santé d'un individu et gérer au mieux celle d'une communauté de personnes? Doit-on suivre une logique de santé solidaire mutualisée, ou affecter au mieux les fonds publics dans le sens d'un bien commun auquel chacun a droit ?

La légitimité économique des activités ayant pour finalité d'améliorer la santé publique se réfère nécessairement à une réflexion éthique qui, selon la formule d'AMARTYA Sen, doit «réencastrer l'économie dans la science morale». Cette contrainte implique que les indicateurs macroéconomiques ne puissent être définis indépendamment des contextes culturel, psychologique et éthique de leur champ d'application. Cette interdépendance est d'autant plus nécessaire que les pressions budgétaires qui s'exercent quotidiennement sur l'hôpital tendent à occulter la dimension éthique des arbitrages.

En outre on assiste depuis une vingtaine d'années à une tentation de « judiciariser » la relation entre le patient et le médecin. Celle-ci peut interférer dans certains cas avec la prise de décision, puisque les tribunaux risquent de reconnaître l'existence d'une responsabilité là même où il n'y a aucune faute médicale au sens propre.

Le progrès médical s'accompagne aujourd'hui d'investissements et d'engagements financiers de plus en plus conséquents dans tous les champs de la médecine, d'où la nécessité d'une gestion du soin, avec ses contraintes destinées à rendre acceptable le coût de la protection. Il favorise également de nouvelles attitudes ; le contrat moral entre médecin et malade ne repose plus seulement sur une simple obligation de moyens, mais évolue vers une obligation de résultats – laquelle, nécessairement plus coûteuse, impose une rationalisation des dépenses afin d'éviter un rationnement effectif des soins.

Cette tension (la santé a un coût, et ce coût impose des contraintes) peut mettre en péril les principes mêmes de la protection sociale. Ne pas tenir compte du caractère fini des ressources disponibles entraînerait forcément une restriction de l'accès aux soins qui serait aléatoire ou discriminatoire pour certaines populations de patients, avec des conséquences éthiques majeures.

L'exigence d'équité justifie donc des choix. Ces choix devraient être voulus plutôt que subis, qu'ils incombent de fait aux patients, aux familles, à l'hôpital ou aux décideurs publics. Nous retrouvons ici la dimension éthique des enjeux collectifs déjà envisagée par le CCNE dans son avis n° 571 qui mettait en garde contre les deux risques majeurs d'une limitation autoritaire des moyens financiers : déresponsabiliser l'ensemble des acteurs sociaux, et compromettre l'accès aux soins (en augmentant le temps d'attente, l'exclusion, les refus d'accueil...), qui affectent d'abord les plus vulnérables : les décisions doivent refléter des priorités reconnues, pour ne pas se les laisser imposer par l'arbitraire d'indicateurs inadaptés.

Le CCNE reconnaît évidemment la légitimité d'un arbitrage dans le respect des contraintes budgétaires de l'Etat, mais il tient à souligner que cet arbitrage relève de débats de société ; il présente une dimension politique, et sa responsabilité ne saurait être laissée aux seuls acteurs hospitaliers, volontiers divergents dans leurs souhaits.

**Les principes fondamentaux et les enjeux éthiques des contraintes économiques et budgétaires en milieu hospitalier doivent donc faire l'objet d'un véritable débat au niveau de la société toute entière et des responsables politiques sur l'évaluation de la portée et des conséquences des différentes stratégies disponibles pour améliorer le rapport coût/efficacité du système hospitalier, à la lumière des missions qui lui sont assignées.** (Avis 57 "Progrès technique, santé et modèle de société : la dimension éthique des choix collectifs")

On ne peut pas se limiter à un équilibre comptable qui ne tiendrait compte que du passif (le coût des services) sans les mettre en balance avec l'actif qui en est la contrepartie (les bénéfices pour la collectivité, ou ceux éventuellement escomptés d'un nouveau mode de calcul) ; on ne peut pas éviter non plus de prendre en compte les effets globaux, y compris le cas échéant les effets pervers qui peuvent survenir, lorsqu'un critère déterminé privilégie trop un mode exclusif de mesures comptables censées conduire à une meilleure maîtrise des coûts hospitaliers. A défaut, le système de santé français, dont la qualité était jusqu'ici incontestable et reconnue, risque de rencontrer des difficultés financières majeures.

Le CCNE ne cherche évidemment pas à promouvoir une vision angélique du problème de la contrainte budgétaire, mais tient à rappeler au contraire, qu'éthique et économie ne sont pas incompatibles. Il est urgent, mais il est aussi parfaitement possible de parler d'économie de façon éthique, comme le rappelle un rapport récent rédigé par des acteurs économiques (Meyrieux.A, 2007).

### ***1. Principes commandant l'évaluation du coût de la prise en charge hospitalière :***

Une définition précise des objectifs du système de soins hospitaliers doit servir de base à toute politique destinée à mieux en maîtriser les coûts. Ces objectifs sont en particulier :

- De prendre en charge toute affection qui ne peut faire l'objet de soins à domicile, quel qu'en soit le degré de gravité (et qui, dans cette logique, pousse à développer les alternatives à l'hospitalisation comme la chirurgie ambulatoire et le développement des soins palliatifs à domicile);

- De contribuer à réduire les inégalités d'accès au système de santé qui pourraient relever de l'appartenance à une région, à une classe d'âge, à une catégorie socioprofessionnelle ou à une grande précarité ;
- De participer à une réinsertion effective des patients dans la société à la fin de leur période d'hospitalisation ;
- De concourir à améliorer les soins grâce à une démarche volontariste d'amélioration continue de la qualité.

### ***Les missions sociales de l'hôpital***

Au delà de sa mission fondamentale traditionnelle de soin et d'attention aux patients, qui inclut la prise en charge médicale, l'enseignement, la recherche et l'innovation thérapeutique, l'hôpital est investi d'un devoir d'aide et d'assistance sociale. Sans en être l'aspect le plus visible, cette aide est indispensable à la préservation du lien social dans la cité, au delà de l'obligation de permanence des soins, l'hôpital étant pratiquement le seul service public ouvert nuit et jour. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une politique de santé équitable doit non seulement combattre la maladie, mais aussi assurer à la population un minimum de bien-être et d'épanouissement.

Or notre pays présente le paradoxe de faire bénéficier ses habitants d'une espérance de vie parmi les plus élevées au monde, mais de compter en même temps des inégalités très importantes au plan sanitaire; l'espérance de vie des personnes les plus défavorisées se rapproche en France de celle de certains pays du tiers monde. Négliger la mission sociale de l'hôpital ferait courir le risque d'aggraver ces disparités socio-économiques. Ces considérations soulignent le rôle essentiel de l'hôpital dans la promotion de la solidarité nationale et le champ de l'action sociale; les contraintes correspondantes doivent donc être identifiées et mesurées indépendamment.

Les inégalités restent également très marquées en France en matière de morbidité: l'incidence de la tuberculose est cent fois supérieure chez les personnes socialement, culturellement et économiquement défavorisées; l'espérance de vie des personnes sans domicile est plus proche de celle de l'Afrique que de la moyenne française; la prise en charge des plus démunis laisse fortement à désirer – par exemple, les personnes atteintes de troubles psychiques, mais aussi les malades âgés, ne bénéficient pas toujours de soins d'accompagnement adéquats :

- Les plus démunis cumulent les inconvénients d'une exposition maximale aux risques et d'un accès réduit aux soins. En effet ils subissent davantage que d'autres des pathologies liées à l'environnement et aux comportements déviants (comme une prévalence accrue des pathologies liées aux excès de consommation de tabac ou d'alcool), dont la prise en charge est moins "naturellement" organisée que pour d'autres maladies mieux acceptées socialement. Le faible remboursement des soins dentaires, auditifs et optiques traduit de longue date une politique de santé défavorable aux moins fortunés, comme si de tels soins relevaient du confort, voire du luxe.

- L'âge des personnes est souvent un motif pour renoncer à une réanimation ou différer une intervention. Pris en compte isolément, l'âge, est un élément bien trop réducteur pour pouvoir servir de critères de sélection. De multiples références scientifiques démontrent pourtant que l'âge en tant que tel n'est pas un facteur indépendant de pronostic défavorable ; bien au contraire des avantages notables peuvent être retirés d'une intervention rapide permettant de maintenir autonomie et mobilité des personnes âgées fragiles (Hirsch et Cordelier, 2004).

Les retombées d'une discrimination qui ne dirait pas son nom sont particulièrement graves lorsqu'il s'agit de la mission d'accueil généralisé d'une population. Ainsi une même durée de séjour en service de pédiatrie ou dans un service d'urgence ne pèse pas le même "poids" pour un établissement de quartier aisé que pour celui d'une zone défavorisée. Tenter d'arbitrer entre eux peut poser des cas de conscience insupportables.

Nous sommes donc bien dans le registre des inégalités d'accès aux soins, sans qu'on puisse faire l'économie de leur évaluation: les conséquences d'une absence de choix font toujours basculer la répartition des soins au détriment des plus vulnérables. C'est bien l'évolution que nous craignons actuellement; elle témoigne du caractère in-éthique de l'absence de choix.

### ***Inégalités, dimension éthique et «rentabilité»***

Nous avons déjà mentionné la dimension éthique de la réflexion sur l'inégalité de l'accès aux soins. Mais que signifie être juste à l'égard d'un patient ? Est-il conforme à la justice de limiter les soins à une personne parce que le coût de sa prise en charge paraît trop élevé au

regard des ressources disponibles ? Faut-il, le cas échéant, sacrifier le principe de l'égalité de tous face à la maladie afin de répartir plus équitablement les biens et services sanitaires ?

Deux types opposés de réponse existent habituellement : une réponse «égalitariste» (dite «déontologiste») versus une réponse «utilitariste» (Kant.E, 1948), dite de justice distributive. L'évolution de nos sociétés, renforcée par la crise des dépenses de santé, traduit la montée en puissance de cette dernière conception «utilitariste» au détriment de l'idéal égalitariste (« à chacun selon ses besoins »).

Après le désastre de la seconde guerre mondiale, le droit international a codifié cette conception de la justice en faisant de la dignité une composante consubstantielle à la personne. Cependant, le contexte actuel des dépenses de santé semble nous obliger à pondérer cette éthique centrée sur la personne. Depuis quelques décennies, bien que le souci du respect de sa dignité demeure le fondement de l'éthique, on constate l'émergence de raisonnements donnant de plus en plus d'importance à la qualité de vie des populations, et privilégiant l'équité par rapport à l'égalité lorsque les deux valeurs ne peuvent être conciliées au motif qu'elle doit être respectée dans sa valeur inconditionnelle.

Dans cette perspective, si la santé d'un homme n'a pas de prix, elle a évidemment un «coût» (Déclaration des droits de l'homme, 1948).

On comprend ainsi que l'utilitarisme, «doctrine qui donne comme fondement à la morale l'utilité ou le principe du plus grand bonheur», n'est pas sans influencer les critères des décisions sanitaires; dans un contexte de ressources limitées, il pourrait conduire à des choix quelquefois tragiques (comme le déremboursement des prises en charge coûteuses à partir d'un certain âge, ou la décision d'investir pour des maladies fréquentes au détriment de maladies plus rares, etc.) (Mill.J, 1988).

La confrontation entre ces deux courants de pensée et l'influence grandissante de la philosophie utilitariste dans notre société nous interroge : sommes-nous donc arrivés à un moment de notre histoire où il n'est plus permis au médecin de soigner en considérant aussi la personne dans son humanité ? Certes, la démarche utilitariste peut servir à mettre en relief les intérêts contradictoires qui traversent la société. Il reste que le principe utilitariste du "plus grand bonheur, pour le plus grand nombre" ne peut répondre aux exigences de justice s'il s'accomplit au prix d'un grand malheur pour un petit nombre. En pratique, la tension existante

entre l'éthique personnaliste et l'éthique utilitariste revient à arbitrer entre deux exigences contradictoires : d'une part être performant dans un environnement concurrentiel, d'autre part assumer une mission de service public expressément confiée à l'hôpital par le code de santé publique. Les contraintes éthiques et économiques du système hospitalier, comme celles du cadre plus général de la démocratie, s'inscrivent précisément entre ces deux concepts apparemment inconciliables de «valeur inconditionnelle» de la personne et de «satisfaction du plus grand nombre».

Compte tenu de la dimension éthique de sa mission, la gestion de l'hôpital peut-elle, et doit-elle, être non seulement équitable mais aussi rentable ? De quoi parle-t-on d'ailleurs quand on parle de rentabilité de l'hôpital ? Elle ne peut être évaluée comme celle d'une entreprise où les coûts sont équilibrés par les recettes provenant de la vente de biens ou de services. Les clients de cette entreprise sont à la fois capables de les acheter à leur prix véritable, et libres de les acquérir ou non ; telle n'est manifestement pas la situation des usagers de l'hôpital.

Serait-il par ailleurs éthique de privilégier les soins qui « rapportent », c'est-à-dire ceux dont le coût réel est inférieur aux recettes que procure leur tarification ? Les hôpitaux privés à but non lucratif, souvent cités en modèle de gestion, réalisent rarement des bénéfices substantiels.

L'hôpital ne commercialise pas véritablement ses services; certains d'entre eux, comme la préservation du "capital santé", ont une forte valeur ajoutée pour la société sans que celle-ci puisse pour autant être comptabilisée en termes de "revenus". Il est important de ce point de vue de ne pas considérer la valeur ajoutée de l'hôpital dans un temps trop court, sans tenir compte de l'échelle de temps qui permet d'apprécier son impact sur la préservation de la dignité de la personne.

Certaines maladies peuvent nécessiter la mise à disposition de traitements coûteux ou prolongés destinés à une seule personne ; mais comment rester équitable si la sélection de cette personne est fondée sur des critères implicites et met en péril l'accès aux soins des autres malades ? L'exemple de la mise à disposition des premiers traitements antisida est intéressant de ce point de vue. Confrontées à un déséquilibre massif entre les capacités de production limitées des laboratoires pharmaceutiques et le nombre élevé de patients passibles de ces thérapies, les associations de malades avaient proposé un recours en 1996 au tirage au sort.

Cette méthode, malgré sa dureté, leur paraissait moins inhumaine, et donc moins «inéthique», que le recours à des considérations liées au stade de la maladie ou à la gravité de son retentissement sur les patients. La réflexion découlant de cette prise de conscience a contribué à faire monter la pression sur les pouvoirs publics et a abouti paradoxalement à multiplier les bénéficiaires des nouveaux traitements (Mill.J, 1988).

Il faut donc définir des critères de choix acceptables à la fois par la société et par les malades, et ces critères ne peuvent prendre en compte la seule «rentabilité».

La préservation du bien commun «santé publique» ne peut pas être comptabilisée comme un «produit» ordinaire : elle est aussi la pierre angulaire d'un service public qui maintient un lien essentiel avec les citoyens ; pour la société, le bénéfice de ce lien est inestimable. Son coût n'est d'ailleurs pas aussi exorbitant qu'on le croit au regard de cette mission fondamentale.

## ***2. De la nécessaire prise en compte du problème dans sa globalité***

*Inclure les bénéfices, et pas seulement les coûts, dans le bilan de l'hôpital*

Le coût des systèmes hospitaliers, et des systèmes de santé en général doit donc être mis en regard des bénéfices qu'il procure à l'ensemble de la population, même si ces bénéfices ne sont pas toujours faciles à estimer en termes comptables.

L'évaluation du coût d'un système de santé devrait par exemple tenir compte des coûts que représenteraient, a contrario, l'absence ou l'abandon partiel d'une stratégie de soins efficace pour tous: le «manque à gagner» entraîné par une telle situation (augmentation de la morbidité, de la mortalité et du taux d'invalidité, perte de main d'œuvre active, dépendance accrue des personnes...) pourrait d'ailleurs faire l'objet d'une quantification au moins approximative. Des essais de chiffrage de ce «manque à gagner» subi par les pays ne disposant que de systèmes de santé rudimentaires suggèrent en effet que le coût réel par rapport au produit intérieur brut d'une politique se trouverait donc réduit à un niveau beaucoup plus acceptable si on en déduisait les dépenses que la société devrait assumer en son absence.

Dans le même sens, il est important de rappeler que les dépenses de santé correspondent aussi à des investissements qui présentent eux-mêmes une incidence positive sur l'activité économique (il ne s'agit pas de rentabilité au sens financier du terme) : la construction d'hôpitaux, la production de matériel médical ou de médicaments contribuent à la croissance et sont créatrices d'emplois. En conséquence, un examen global de l'activité hospitalière se doit de comparer les dépenses qu'elle engendre et l'ensemble des bénéfices directs et indirects qu'elle induit.

Enfin, l'hôpital n'est qu'une des structures d'accueil des problèmes liés à la santé. Il n'en a pas le monopole. Il ne faut certainement pas donner le sentiment que l'hôpital peut, à lui seul, résoudre toutes les questions posées par la maladie. Il n'en est rien. L'hôpital est un maillon, une tête de réseau, certes essentielle, entre l'amont, c'est-à-dire le tissu des médecins généralistes, les dispensaires etc., et l'aval constitué par les maisons de repos, de cure, l'hospitalisation à domicile, mais aussi les structures d'aide diverses, caritatives ou non. La dimension socioéconomique de la maladie n'est jamais résolue par le seul hôpital; il peut seulement y contribuer.

Dégager des économies sans mettre en danger l'ensemble du système de santé requiert que les stratégies qu'on applique soient évaluées, non seulement du point de vue de leur incidence financière, mais aussi de leur impact global sur la qualité des soins et l'état de santé des populations concernées. Alors que des arguments tels que la situation sociale, l'environnement professionnel, les liens antérieurs du malade avec l'hôpital, sont quelquefois invoqués pour privilégier certains malades, à l'inverse l'âge et la précarité sociale représentent trop souvent des causes de discrimination. L'âge pris en compte isolément, est en particulier un élément bien trop réducteur pour pouvoir servir de critères de sélection.

### ***L'incidence de l'innovation :***

L'innovation scientifique peut avoir des incidences financières ambiguës. Elle permet de réduire les durées d'hospitalisation, d'améliorer la qualité de la vie, et entraîne ainsi des économies. L'augmentation des coûts liée au progrès médical est évidemment la contrepartie de ces aspects positifs. De nouveaux traitements efficaces peuvent être très onéreux. Ainsi, l'utilisation des anticorps anti-TNF10 (10 Tumor Necrosis Factor) permet d'améliorer l'état d'un grand nombre de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde; les antagonistes du VEGF11

(11 Vascular Endothelial Growth Factor) offrent de réelles perspectives thérapeutiques pour enrayer la dégénérescence maculaire liée à l'âge ; les traitements à base de protéines de substitution (indiquées dans une série de maladies enzymatiques héréditaires) sont encore plus onéreux et ne bénéficient qu'à un petit nombre de malades. Par contre, la course au meilleur traitement possible ne devrait pas entraîner la mise en œuvre, en dehors des essais thérapeutiques, de traitements récents et coûteux dont l'efficacité n'est pas avérée.

De nombreuses nouvelles techniques d'exploration accroissent la qualité du diagnostic mais aussi son coût. C'est ainsi que la radiologie a évolué au fur et à mesure de ses avancées technologiques, s'adjoignant de nouvelles méthodes comme l'échographie, puis la tomodensitométrie, puis la résonance magnétique nucléaire et la tomographie par émission de positrons (PetScan). Leur utilisation par le médecin peut conduire à un « empilement » d'examens médicaux n'obéissant pas nécessairement à une stratégie rationnelle basée sur leur complémentarité.

La course au meilleur diagnostic possible peut aussi pousser malades et médecins vers des examens additionnels inutiles, tantôt pour conforter la tentation, même illusoire, d'une sécurité maximale, tantôt même pour « prouver », a contrario, que le patient est en bonne santé.

La promotion d'une médecine plus humaine et respectueuse de ses moyens doit donc interroger les dérives technologiques de ce « toujours plus ». Une meilleure connaissance des besoins et une meilleure évaluation sont indispensables pour maîtriser la dérive qui voudrait qu'une part excessive des moyens de l'hôpital finance une course technologique et médicamenteuse qui ne profitera jamais au plus grand nombre, car son coût en interdit la généralisation, d'autant plus que ce sont les plus favorisés qui profitent le plus du système. Les plus vulnérables, moins informés des potentialités techniques recourent moins à la course technologique. Le paradoxe est que la gratuité profite plus à ceux qui sont les plus aisés.

La nécessaire réflexion collective sur ce thème doit contribuer à redéfinir les missions d'un grand hôpital, en évitant que l'innovation ne privilégie exclusivement les aspects biologiques de la médecine au détriment de ses autres dimensions.

Il est donc nécessaire d'améliorer la pertinence des actes thérapeutiques, c'est-à-dire de réduire autant que possible l'écart entre l'efficacité et la quantité des ressources mises en jeu. En effet, s'il existe à l'évidence des gaspillages, certaines thérapeutiques onéreuses n'en sont pas moins efficaces et utiles. Dans certains cas, une dépense initiale peut générer des économies substantielles lorsque l'évaluation des coûts et des bénéfices est faite de manière globale, en "décloisonnant" les analyses au sein des services médicaux, ce qui est aussi un moyen d'améliorer la qualité des pratiques. On a ainsi pu montrer qu'une prise en charge efficace de la douleur après certaines interventions chirurgicales orthopédiques permet, au prix d'un surcoût initial restant modique, d'améliorer le pronostic fonctionnel à long terme et la "consommation" médicale et kinési-thérapeutique secondaire.

Mais une adaptation insuffisante de l'offre de soins aux nouvelles possibilités thérapeutiques peut également nuire à son efficacité. Ainsi le manque de structures modernes et spécialisées des accidents vasculaires cérébraux, le faible nombre d'IRM (par rapport à d'autres pays européens) destinés à en faire le diagnostic précoce conduisent à un nombre élevé de patients dépendants, et donc à un bilan très lourd pour l'Assurance Maladie. Dans un autre registre, le faible développement de la chirurgie ambulatoire ou des soins à domicile en France par rapport à d'autres pays européens illustre bien la résistance française à ces ajustements, alors que la pertinence médicale de ce mode d'hospitalisation et les économies humaines et financières qu'elle permet de dégager sont évidentes.

Les services hospitaliers doivent donc apprendre à rééquilibrer les dépenses liées à l'innovation en rationalisant les coûts et en favorisant des méthodes de prise en charge plus économiques. L'estimation du rapport coût/bénéfice doit ainsi prendre la même importance dans l'esprit des praticiens que celle de la balance bénéfices/risques (Grenier.B, 2006).

### ***Le médicament***

Le prix d'un médicament hospitalier en situation de monopole est tout sauf transparent. Un laboratoire est souvent en mesure d'imposer ses prix à une commission qui certes peut discuter mais est contrainte généralement d'accepter l'exigence financière de celui-ci. Le payeur est sommé de payer. Certes la rareté d'une maladie donc l'utilisation thérapeutique d'un médicament adapté peut justifier de la part du laboratoire qui a mis en jeu des investissements

importants un retour financier adapté à ceux-ci. Les lois du marché s'imposent toujours. Simplement, le payeur pourrait beaucoup plus argumenter sur la fixation du prix dans la mesure où il a le monopole de la demande.

En sens inverse, il est de pratique courante que dans certains cas, un médicament cher dans une pharmacie de ville soit à l'hôpital bradé pour encourager sa prescription ultérieure par le médecin généraliste. Ce dumping négatif sur les prix qui rend apparemment service aux finances hospitalières surcharge l'assurance maladie qui aurait intérêt à rembourser, en dehors de l'hôpital, des médicaments moins chers.

Enfin, il est étrange que les mêmes institutions encouragent parfois à la prise de brevets dont elles paient les redevances en même temps qu'elles en perçoivent les droits. Des études sur ce rapport bénéfices/dépenses mériteraient d'être encouragées. S'il n'est pas absurde qu'une grande institution comme l'AP-HP, par son pôle recherche, reçoive des redevances des services utilisateurs de ses brevets, une réflexion critique sur les coûts/bénéfices de telles redevances doit être encouragée.

### ***Prévention, précaution***

Le XIX<sup>ème</sup> siècle était le siècle de la prévoyance et de la prédiction, grâce aux progrès scientifiques et à leurs applications technologiques, le XX<sup>ème</sup> fut celui de la prévention. Le XXI<sup>ème</sup> sera celui de la précaution, mais une mauvaise application du principe risque de conduire à des excès procéduraux. En effet, la fréquence croissante des procédures judiciaires invoquant la responsabilité du corps médical, soit pour négligence, soit pour respect insuffisant du principe de précaution, contribue également à un accroissement de dépenses destinées davantage à limiter la mise en cause des personnels hospitaliers et de l'institution qu'à soigner le malade.

Il est donc important dans le domaine médical en France de maintenir, pour l'heure, le principe de précaution à sa place légitime – celle d'une prudence pragmatique conclusive d'un examen critique au cas par cas -, et de consacrer davantage d'attention et de moyens à la prévention, qui a pris un grand retard dans notre pays. Un jugement global sur notre politique de santé ne peut manquer de relever la contradiction entre un souci pointilleux de détection

précoce de toutes les anomalies génétiques identifiables, et l'insuffisance de mesures corrélatives de prévention et d'accompagnement qui en seraient pourtant la seule justification

– par exemple en matière de suivi pédiatrique.

Prévention, progrès technique et suivi ne peuvent donc en aucun cas être évalués séparément et doivent faire l'objet de financements proportionnels à ceux consentis pour l'innovation, démontrant la complémentarité entre les deux rationalités économique et éthique.

Des efforts pour responsabiliser les personnes sur l'efficacité de la prévention individuelle doivent être beaucoup plus énergiques, pour réformer aussi les mentalités sur la nécessité et l'avantage d'une médecine sobre, capable aussi de se remettre sans cesse en question.

### ***3. Du danger d'un instrument de mesure unique pour évaluer le rapport coût/bénéfice***

Aucune méthode d'évaluation n'est entièrement objective, ni ne présente de valeur universelle. Il est à la fois illusoire et dangereux de vouloir valider une méthode d'évaluation au nom de prétendues «normes» qui ne sont dans la plupart des cas que des concepts arbitraires ou des critères en fait auto validés.

Chacun des nombreux indicateurs économiques permettant d'évaluer l'efficacité des systèmes hospitaliers présente des qualités, des défauts et des risques pervers spécifiques, qui privilégient certains objectifs en sacrifiant d'autres. Dans la pratique, il sera donc souhaitable d'utiliser des instruments d'évaluation adaptés à chaque catégorie d'objectifs. De tels instruments ne seront en outre efficaces que sous certaines conditions: que les objectifs concrets à atteindre soient définis au préalable et acceptés par tous, qu'ils soient pondérés et hiérarchisés de façon explicite et transparente, qu'ils soient assortis d'indicateurs objectifs reproductibles, et que des moyens spécifiques leur soient attribués.

Un effort permanent devra être porté au suivi et, le cas échéant, à la correction de l'écart entre l'objectif attendu et le résultat effectivement obtenu.

### *Des critères de choix multiples*

Les critères permettant d'éclairer la pertinence des choix budgétaires en milieu hospitalier sont très divers, mais privilégient presque tous, pour chacun d'entre eux les intérêts d'une seule catégorie d'acteurs de la santé (le corps médical ou le personnel soignant ou les malades ou les gestionnaires de l'hôpital...); ils ne peuvent donc être pris en compte isolément.

La question de la diversité des critères se double de celle de leur capacité de "lobbying" ou de pouvoir d'influence sur les décisions. La plupart de ces critères sont soutenus par des pouvoirs forts. Celui qui manque encore trop souvent de soutien est celui de la vulnérabilité et de la précarité.

Parmi ceux qui sont à forte prégnance, quelques exemples de critères généralement retenus :

- **Médical**, visant d'abord à apporter un bénéfice aux malades en augmentant leur espérance et leur qualité de vie, par l'utilisation de moyens issus du progrès scientifique et médical. Cette obligation de moyens doit impliquer une réflexion critique portant notamment sur l'urgence (réelle ou non) de leur mise en œuvre, sur l'existence d'autres choix possibles ou encore sur le bon usage des médicaments prescrits au regard de leur autorisation de mise sur le marché. Enfin elle devrait s'associer à une évaluation a posteriori des résultats.

- **D'innovation**. L'innovation joue un rôle essentiel, non seulement en vue du progrès technique et de la mise au point de pistes thérapeutiques nouvelles, mais aussi pour rendre plus performantes les méthodes permettant d'améliorer l'attention due aux patients. En parallèle, il convient cependant d'éviter que la course à l'innovation n'aboutisse à empiler des procédures redondantes, ou qu'elle ne se fasse au détriment des soins dispensés au plus grand nombre (d'où la nécessité d'évaluer séparément l'introduction de nouvelles technologies et leur impact sur l'activité de soin).

- **Economique**, dans la mesure où certains postes de dépense pourraient faire l'objet de négociations entre les pouvoirs publics et certains acteurs économiques, comme les industries pharmaceutiques par exemple. Le marché des médicaments est en mutation, notamment aux Etats-Unis qui en sont le principal pourvoyeur. Dans ce pays, compagnies d'assurances et

régulateurs gouvernementaux comme la FDA (Food and Drug Administration) sont à la recherche de nouvelles stratégies de financement des dépenses pharmaceutiques; la France serait bien avisée de suivre leur exemple. («L'article «Aux Etats-Unis, les Big Pharma testent de nouvelles stratégies», ( in: Le Monde du 2 mai 2007).

- **Budgétaire** (particulièrement important dans le cas des traitements très onéreux ou des ressources rares). La gestion de la greffe d'organes en offre un bon exemple. Les économistes ont proposé des instruments pour juger du bien fondé de leur répartition (par exemple, leur allocation est-elle efficiente dans le sens d'une optimisation du bien-être parmi tous les membres de la collectivité) ; ou bien encore les processus de décision sont-ils légitimes, c'est-à-dire socialement adaptés et acceptables en terme de santé publique Les services d'urgence ou de réanimation, le soutien psychologique aux malades, les soins palliatifs ou les dispositifs facilitant l'accueil des handicapés doivent également être financés selon des critères spécifiques; ils représentent une ressource commune pour tous les autres services, et une dotation insuffisante de leur fonctionnement peut compromettre l'efficacité de l'ensemble des activités de l'hôpital (Moatti et al., 2002).

- **Géographique** : les performances de l'hôpital doivent être appréciées par rapport à des besoins régionaux, tenant compte par exemple de la morbidité et de la mortalité régionales, ou des facteurs environnementaux locaux ;

- **D'équité** dans la répartition des coûts et des soins entre individus. On peut distinguer une équité «horizontale» (ou distributive) selon laquelle les cas identiques doivent être traités de façon semblable, et une équité «verticale» qui traduit la façon dont la société peut traiter différemment des individus appartenant à des catégories différentes en pratiquant une forme de discrimination positive au profit de ceux qu'elle juge prioritaires sur des bases éthiques évaluables. C'est à ce titre que devrait être pris en compte le critère de vulnérabilité qui n'est, comme on l'a vu, pas vraiment retenu à l'heure actuelle.

- **Réglementaire** qui s'oppose trop souvent à une bonne gestion hospitalière.

Ainsi certains médicaments sont remboursés en fonction de leur inscription sur des listes spécifiques (par exemple les médicaments anti-hémophilie) alors que les médicaments non inscrits restent entièrement à la charge de l'hôpital.

- **Juridique** qui garantit l'accès aux soins pour tous. Tout refus de soin pour un motif financier peut être sanctionné. Le prix d'un traitement n'est en principe jamais retenu comme argument sauf cas d'abus manifeste. Ce principe ne peut qu'augmenter les coûts, car la justice tend à donner raison aux plaignants s'il est avéré qu'ils ont subi une perte de chance liée à l'absence de mise à leur disposition de traitements considérés comme les meilleurs à un moment donné.

- **Médiatique** lié à l'intervention des associations de malades auprès des médias pour dénoncer l'injustice que représente le refus d'utiliser un médicament pour des raisons financières.

- **Politique**, appliqué plutôt par les pouvoirs locaux que par l'Etat en effet dans la mesure où, dans nombre de communes, l'hôpital local représente le plus gros employeur de la commune, son maintien en activité peut être décidé aux dépens même de l'intérêt du malade, tel qu'il résulterait d'une prise en compte du rapport coût/bénéfice (Moatti et al., 2002).

### ***Renforcer l'efficacité et la cohérence des activités hospitalières par une évaluation permanente***

Le bref inventaire des différents critères de priorités présentés ci-dessus suffit à expliquer la difficulté de leur application; certains d'entre eux sont en effet en contradiction les uns avec les autres, et suscitent donc des réticences de la part des différents acteurs concernés. D'où la nécessité d'une évaluation globale du coût des actes hospitaliers par rapport à leur utilité relative pour les missions médicales, mais aussi sociales, de l'hôpital.

Mais cette évaluation est trop importante pour être conçue comme un exercice rituel ou a fortiori incantatoire. Quel que soit le critère choisi, son application se heurte nécessairement à des contradictions et génère des tensions. Comment choisir entre la qualité et la quantité, la satisfaction de besoins individuels ou celle de besoins collectifs, le service public (les missions généralistes de l'hôpital) et le secteur privé prenant paradoxalement en charge la sous-traitance de soins coûteux, la gestion du quotidien à la charge des hôpitaux d'intérêt régional et la recherche du spectaculaire au sein d'établissements de «prestige»?

Ces paradigmes décisionnels acculent nécessairement les décideurs à des choix non éthiques. L'absence de choix est en elle-même un choix, qu'elle soit ou non délibérée, et risque d'être encore moins éthique. Des instruments de mesure globaux (comme l'«indice de santé

sociale») ont cependant été proposés pour élargir le nombre des paramètres pris en compte; ils sont mieux adaptés que les instruments ciblés dépendant trop étroitement de normes dont l'objectivité est trop souvent discutable.

Il faut donc revenir à des stratégies plus claires, fondées sur des réflexions prenant en compte prioritairement les besoins actuariels, documentés, de santé publique, pour dépasser les contradictions suscitées par une simplification excessive ou partisane des enjeux. Pour cela, il ne faut pas craindre d'appliquer des critères différents, ou multiples, à des problématiques et des objectifs irréductibles les uns aux autres.

Soulignons également qu'il est important de ne pas confondre évaluation et cotation. La cotation est un acte technique, contrairement à l'évaluation qui, comme nous l'avons vu ci-dessus, porte d'abord sur la qualité des soins et des services et doit aussi prendre en compte des éléments très difficilement quantifiables, comme par exemple ceux destinés à la réalisation des missions sociales de l'hôpital. L'évaluation fait partie d'une démarche de qualité intégrant un jugement critique, non seulement sur les performances des services, qu'ils relèvent directement de l'hôpital ou qu'ils soient externalisés – par exemple en recourant à des dispositifs d'hospitalisation à domicile souvent plus efficaces et moins coûteux que l'hospitalisation en établissement.. L'évaluation du coût et de la qualité des soins devra donc être élargie à tous les secteurs impliqués, y compris les partenaires privés qui exécutent des missions de service publics, et prendre en compte l'opportunité et l'efficacité réelle de l'externalisation de certains services. Enfin, elle devra également porter sur le niveau d'optimisation et de coordination des actes qui permettent l'exécution de ces missions.

Le plus important dans l'évaluation est que soient clairement individualisées, face à la problématique économique et budgétaire posée : pour un dossier donné,

- L'évaluation du projet au regard des objectifs de Santé Publique
- L'évaluation des moyens budgétaires alloués
- L'évaluation des affectations budgétaires
- Enfin, l'évaluation des résultats obtenus (Hiesse et Lucioli., 2002).

### *Les plans du Ministère de la santé et les nouveaux instruments de cotation*

Au cours de ces cinq dernières années, divers plans élaborés par le Ministère chargé de la Santé se sont succédés, visant notamment à attribuer des moyens spécifiques supplémentaires à des structures hospitalières de référence pour améliorer la prise en charge de certaines affections. La mise en œuvre de ces plans s'est déroulée progressivement et s'est accompagnée de la mise en vigueur du Plan « Hôpital 2007 », d'une portée plus générale et destiné à réorganiser la gestion hospitalière dans le sens d'une modernisation et d'une plus grande autonomie des établissements. L'installation d'un dispositif spécifique tentant de répondre au poids accru de la dépendance à venir complète cette organisation.

L'attribution de moyens financiers nouveaux était censée répondre aux besoins de Santé Publique considérés comme prioritaires et insuffisamment dotés comme par exemple les Plans Douleur, Cancer, Maladies Rares ou Alzheimer. Or quelles qu'aient été les bonnes intentions qui président à l'élaboration et à la mise en œuvre de ces plans, ils ont en fin de compte été mis à la charge des établissements hospitaliers et intégrés comme nouvelles dépenses, souvent sans contrepartie dans leurs budgets, donc aux dépens d'activités préexistantes.

Il est donc essentiel que l'application de ces plans soit rigoureusement évaluée, face aux objectifs actualisés de Santé Publique, dans les 3 à 5 ans qui suivent leur mise en œuvre, comme cela est prévu dans les textes, tant au plan de l'affectation des budgets initialement alloués que des résultats obtenus.

Un mode d'évaluation basé sur le nombre de lits occupés permet par exemple d'accueillir les patients de façon relativement libérale, donc plus proche de leurs besoins réels, quelle que soit leur pathologie; en contrepartie il permet difficilement un contrôle rigoureux de la pertinence et de la durée des hospitalisations. A l'inverse, la tarification T2A (tarification à l'activité qui est une cotation d'acte, pas une évaluation) <sup>17</sup> récemment imposée comme nouveau mode réglementaire de tarification dans les hôpitaux publics et privés favorise la maîtrise des dépenses de santé pour des actes effectués dans des services spécialisés (cancérologie, cardiologie, immunologie...). En revanche, en privilégiant la comptabilisation des actes techniques au détriment de l'écoute ou d'examen cliniques longs et précis, elle conduit à considérer comme «non rentables» beaucoup de patients accueillis notamment en médecine

générale, en psychiatrie, en gérontologie ou en pédiatrie, dont le coût réel de la prise en charge n'apparaît pas dans la grille de calcul. La mesure de ce qui n'est pas paramétrable (comme par exemple la prise en charge aux urgences d'une femme battue le temps passé à réfléchir à un diagnostic difficile, à convaincre une personne âgée de l'opportunité d'un traitement, ou encore l'éducation aux soins d'un patient et de sa famille) qui conditionne pourtant le succès de l'investissement thérapeutique réalisé à son bénéfice ne doit pas être oubliée.

L'importance de ces situations ne doit pas a contrario devenir un prétexte à s'opposer frontalement à la philosophie de cette réforme, mais au contraire pousse à réfléchir à un nouveau mode d'appréciation du temps médical utilisé.

Les effets de ce mode de tarification peuvent en outre paradoxalement s'opposer aux objectifs d'instances régulatrices comme les Agences Régionales de l'Hospitalisation, chargées de répartir l'offre de soins au sein d'une région, de gérer la solidarité et de promouvoir une politique d'innovation et de prévention.

Compte tenu de la situation antérieure, l'introduction d'une démarche de tarification à l'activité a pu être perçue comme un progrès. Mais elle ne représente qu'un outil de cotation. Ce n'est pas, comme nous l'avons vu un instrument d'évaluation. Originellement elle est une déclinaison de la Codification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

Une véritable évaluation doit inclure des éléments qualitatifs comme la qualité de vie) aussi bien que les éléments quantitatifs, s'appliquer aux pratiques professionnelles aussi bien qu'à leurs résultats, comporter une dose raisonnable d'«autoanalyse» critique, sans pour autant se contenter de procédures «endogamiques» ou automatiques qui risqueraient d'éliminer systématiquement certains critères essentiels et de favoriser certaines attitudes corporatistes.

On pourrait imaginer d'en confier le soin à une instance tierce d'évaluation critique comportant un corps d'évaluateurs compétents et reconnus, par exemple la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Mais une telle proposition se heurterait sans doute à une forte résistance culturelle devant le risque de dérive que comporte la sous-traitance de l'évaluation à des évaluateurs professionnels.

Mieux vaudrait sans doute offrir à chaque médecin la capacité de comprendre et de maîtriser l'innovation, et les aider, avec l'appui de structures ayant une bonne crédibilité professionnelle comme la Haute Autorité de Santé, à faire des choix éclairés parmi les nombreuses techniques nouvelles auxquelles ils ont accès.

Le défi auquel sont confrontées les autorités de tutelle et les professionnels de santé consiste à préserver à la fois la composante humaine de "l'art médical" et la qualité des structures sanitaires de plus en plus complexes. Ce n'est qu'à travers une amélioration de la qualité des pratiques qu'un véritable «retour sur investissement» pourront être obtenu.

Les économies réalisées par la lutte contre le gaspillage et une meilleure coordination des moyens peuvent être importantes et rentabiliser la démarche qualité. Il y a là des possibilités de marges considérables permettant de faire davantage à budget constant.

Une réflexion sur ces points doit se poursuivre. Le constat que l'adaptation de l'activité aux coûts générés est faible a pu être explosif. Le bilan récent de la MEAH (Mission d'Evaluation et d'Audit Hospitalier) montre ainsi que si l'on considère la problématique des blocs opératoires des plateaux médico-techniques, près de 50% des personnels ont un temps passé, non pas à "ne rien faire", mais à attendre. Ainsi, l'efficacité du soin pourrait être améliorée, ce qui permettrait de plus de réduire les coûts liés à la "non-qualité". A la différence des pays nordiques qui se sont engagés dans une politique où la recherche systématique de l'erreur dans les systèmes de soins a évité l'institution d'une culture de la suspicion, nous sommes encore globalement dans une logique de confiance vis-à-vis des soignants (David et Sureau., 2006).

Afin de conforter et pérenniser cette confiance tout en entrant dans une logique d'amélioration continue de la qualité, une logique d'incitation plutôt que de punition est souhaitable. Il s'agit de considérer à la fois l'organisation des soins et la pratique individuelle des professionnels de santé. L'important est de réaliser une appropriation de "l'esprit de qualité" par les acteurs eux-mêmes selon une démarche explicite, intégrée à la pratique médicale. Les trois moyens les plus habituellement utilisés pour pouvoir initier un changement (inciter, punir ou comparer) peuvent être opérants pour des structures, alors que l'outil le plus efficace pour un humain reste l'incitation avec la valorisation positive de la qualité.

Enfin, le poids prépondérant dans les budgets hospitaliers du personnel de soin (près de 80% des sommes) limite évidemment les marges de manœuvre de l'hôpital. Cependant il n'est évidemment pas envisageable de chercher à résoudre les contraintes budgétaires du soin par une réduction d'effectifs de soignants déjà insuffisants, mais plutôt de réfléchir à la justesse de la dotation en personnel selon des moyens optimaux (David et Sureau., 2006).

***Pour conclure :***

- Le caractère limité des moyens financiers dévolus au système hospitalier implique des choix de société éthiques qui doivent conduire à des prises de position publiques. La dimension éthique de ces modes de décisions doit être clairement identifiée dans les méthodes d'évaluation dont elle devrait être partie intégrante. Une pratique d'évaluation qui ne retiendrait que des critères paramétrables quantitativement et ne prendrait pas en compte les critères qualitatifs et cette dimension éthique ferait courir à l'hôpital un risque grave de déshumanisation, mais aussi finalement et pragmatiquement de surcoût induit. S'agissant des choix politiques, il n'est ni légitime ni équitable d'en confier la responsabilité aux seuls acteurs hospitaliers, alors qu'ils concernent la société toute entière.

- Le concept de rentabilité ne peut s'appliquer à l'hôpital de la même manière qu'à une activité commerciale ordinaire. En matière de santé toute pratique d'évaluation, quelle que soit sa valeur technique propre, doit prendre en compte les missions fondamentales de l'hôpital et les intérêts souvent contradictoires et conflictuels des «clients» du système de soins, selon que ceux-ci, les malades, relèvent du volet social, du volet thérapeutique et technique impliquant la mise en oeuvre de traitements de haute technicité, ou des deux. Cependant et au même titre, elle doit comporter, dans un souci de bonne gestion des deniers publics dans le cadre de la solidarité nationale, une évaluation des pratiques professionnelles d'après les référentiels de bonnes pratiques.

- L'évaluation ne doit pas non plus faire obstacle à l'exercice du droit à un choix libre et éclairé dont bénéficient les patients, qui est parfois mis en cause par des conditions d'une nature différente (comme l'autorisation préalable d'usage de certaines thérapies ou de certains médicaments) – conditions qui doivent être définies par concertation entre les autorités politiques et les partenaires sociaux.

- Comme pour toute appréciation d'ordre économique et financier, celle de l'hôpital doit mettre en balance les coûts et les recettes, l'actif et le passif. Mais ici les bénéfices pour la collectivité ne se résument pas aux actes cotés par la T2A effectués par les personnels de l'établissement considéré. En effet les activités hospitalières peuvent générer des recettes et des profits dans d'autres secteurs d'activité. Il en est ainsi des actes techniques, biologiques ou pharmaceutiques, effectués pour des malades externes, ou pour d'autres établissements de soin. Il en va de même pour la mise au point de nouvelles techniques diagnostiques et thérapeutiques (souvent en collaboration avec les centres hospitalo-universitaires) qui à terme sont susceptibles de réduire globalement le coût de la prise en charge de certaines affections, et qui peuvent faire l'objet de dépôt de brevets. Très positif aussi est – et devrait être encore davantage – l'effet des actions de Prévention et d'Education pour la Santé, dont de nombreuses études ont démontré l'impact positif au plan économique, en termes de coûts directs et indirects (sur la meilleure adhésion au traitement et sur l'évitement de l'absentéisme professionnel, notamment).

Demander à l'hôpital de résoudre seul les questions de précarité aboutit de fait à refuser de les prendre en compte. C'est à l'amont et à l'aval de l'univers hospitalier que les solutions doivent être trouvées. En effet, l'abandon de l'accueil des personnes vulnérables en situation précaire est pourvoyeur de divers coûts indirects pour la société. (Mann.J, 1998)

- Les tâches auxquelles l'hôpital doit faire face en termes de soin sont par nature multiples, et ne se limitent pas aux seuls diagnostic et traitement des maladies. Leurs composantes médicales et sociales doivent être beaucoup mieux identifiées et individualisées. Ce qui n'est pas facilement évaluable par des critères quantitatifs doit l'être selon d'autres modèles, à définir, et à mettre en oeuvre de manière pérenne.

Cela nécessite d'associer à la compétence d'économistes celle de médecins, de sociologues, de psychologues voire de philosophes, dans des configurations qui pourraient être structurées par des instances comme la Caisse Nationale de Solidarité. Les dépenses exceptionnelles pour maladies rares devraient après évaluation être prises en charge par une caisse spécifique. Cette caisse financée selon les mêmes principes que la Caisse Nationale de Solidarité implique une mise en réseau des acteurs dans une finalité spécifique.

- Aucune méthode d'évaluation actuelle n'est à elle seule totalement adaptée à toutes les missions du système de santé hospitalier. La T2A est conséquente d'une évaluation d'actes techniques effectués au cours de diagnostics ou de soins médicaux ou chirurgicaux. En dehors de ces circonstances, elle s'adapte probablement mal à la prise en charge des maladies chroniques, des soins de suite, des soins palliatifs, des personnes âgées ou des enfants malades ou encore à la reconnaissance des actions de prévention, car elle ne prend pas en compte le temps passé auprès du malade pour l'écoute et l'examen clinique approfondi. D'autres critères prenant en considération les aspects qualitatifs en santé, comme par exemple le temps passé à l'écoute et à l'information doivent donc être définis pour évaluer les services non techniques rendus au patient. Ce n'est pas tellement la T2A qui est en cause que la notion d'acte.

- Les activités d'enseignement et de recherche sont indispensables à la préservation et au développement d'un système hospitalier efficace, notamment au sein des CHU mais, tout en restant de leur compétence, elles doivent faire l'objet d'une évaluation et d'une budgétisation spécifiques, ce qui ne signifie pas extériorisation du financement. En effet les CHU sont des acteurs majeurs de la recherche biomédicale et doivent contribuer à leur financement. Il ne s'agit donc pas tellement d'identifier un financement spécifique toujours difficile à déterminer en raison du tissage étroit soin et recherche, mais de reconnaître ce fait majeur qui est leur contribution essentielle. Il en va de même des actions de Prévention et d'Education pour la Santé évoluant parallèlement aux progrès des connaissances. Leur financement devrait être envisagé séparément et adapté sur la durée en fonction des résultats attendus.

## ***XII. Recommandations***

Le CCNE recommande

- De réintégrer la dimension éthique et humaine dans les dépenses de santé, afin de permettre à l'hôpital de remplir de manière équilibrée l'ensemble de ses missions, et pas uniquement les plus techniques ou les plus spectaculaires. **Sur le plan médical**, il convient d'avancer ici l'idée d'une médecine sobre, par opposition à une médecine de la redondance. Cette redondance qui veut se donner des allures de précaution n'est bien souvent que le masque d'une paresse intellectuelle et d'une peur à assumer des choix courageux.
  
- D'adapter les échelles d'évaluation des activités en vue de traiter de manière appropriée les différentes missions de l'hôpital, et, dans ce but, de développer des modèles spécifiques pour chaque grand objectif : soins relevant d'actes techniques, soins relevant d'actions non instrumentales telles que Prévention, Education pour la Santé, accueil de tous les malades avec préservation de la solidarité et du lien social, enfin recherche et innovation, diagnostic et thérapeutique.
  
- De se réinterroger sur la mission primaire essentielle de l'hôpital. Celle-ci a en effet dérivé de sa mission originelle d'accueil de la précarité et de la maladie, puis de sa mission de recherche et d'enseignement, vers la situation actuelle qui fait de plus en plus de l'hôpital un service public, industriel et commercial qui a pour conséquence de déboucher sur un primat absolu donné à la rentabilité économique, au lieu de continuer à lui conférer une dimension sociale.
  
- D'ouvrir l'hôpital à une dimension réunissant le "sanitaire" et le "social" (dépendance, adolescence, précarité etc.), en promouvant autour de la personne une meilleure coopération de l'hôpital hors les murs avec des structures extérieures, comme les maisons de soins de longue durée, l'hospitalisation à domicile ou les unités de santé carcérale, au sein du groupement de coopération sanitaire (G.E.S.), sensible aux situations spécifiques de certaines personnes (accouchement, grande précarité).

- De s'assurer du maintien du lien social pour éviter que la personne ne sombre dans l'exclusion une fois le diagnostic fait et le traitement entrepris. Quelle logique est à l'œuvre, si le succès médical est suivi d'une mort sociale ?
  
- D'accorder la plus grande attention à la pathologie mentale qui devrait être un axe prioritaire compte tenu de son caractère paradigmatique de pathologie entre le médical et le social, le biologique et l'environnement, l'individu et la société.
  
- D'éviter d'affecter des systèmes de cotation à des usages pour lesquels ils ne sont pas les plus pertinents ; s'agissant de la T2A, ces usages regroupent les actes dispensés notamment en psychiatrie, en gériatrie, et en pédiatrie, où encore l'écoute et l'examen clinique approfondis sont nécessaires au respect des bonnes pratiques. Devraient aussi être jugées selon des critères différents les autres missions de service public de l'hôpital, que la T2A n'est pas en mesure d'évaluer et donc de coter correctement. Des éléments supplémentaires (ou complémentaires), d'essence qualitative devront être intégrés dans le système d'évaluation pour ne pas succomber à ce qui pourrait être vécu comme une sorte de tyrannie du « tout quantitatif ». La cotation T2A devrait donc être limitée aux actes techniques spécialisés pour le diagnostic et les soins.
  
- De ne pas négliger le "care" (prendre soin, prêter attention) anglo-saxon au profit exclusif du "cure" (soigner). L'exemple des soins palliatifs en est emblématique. La loi encourage leur présence sans leur donner les moyens réels de fonctionnement. L'hôpital répare mais les malades peuvent aussi avoir besoin d'autres prestations, comme le suivi, qui est un des points forts de la Caisse Nationale de Solidarité.
  
- De rendre aux arbitrages leur dimension politique, sans les déléguer aux seuls responsables hospitaliers, en approfondissant la concertation entre les responsables décisionnels et l'ensemble des acteurs de santé, par un partenariat permanent effectif entre tous et en impliquant dans cette démarche des instances telle que la Haute Autorité de Santé ou les Groupements Régionaux de Santé Publique (l'hôpital devant être un observatoire de l'état de santé de la région).

- De prendre en compte enfin le tissu social au sein duquel évolue l'hôpital. Un environnement défavorisé devrait justifier un regroupement de moyens spécifiques, adapté à la situation réelle du lieu.

En conclusion, la garantie d'un accès juste aux soins de qualité n'est pas en contradiction avec une rigueur économique. L'adaptation permanente de l'offre de soins aux besoins démographiques, aux modifications épidémiologiques, aux progrès technologiques justifient plus que dans n'importe quelle activité humaine des choix clairs, courageux, explicites aux yeux des citoyens, et en même temps susceptibles d'être sans cesse remis en question en gardant comme objectif central le service rendu aux plus vulnérables.

La question éthique posée par l'examen de la dimension économique du soin explore la tension entre l'autonomie et la solidarité, entre la liberté individuelle et le bien public. Cette tension ne peut recevoir de réponse que dans la recherche d'équité, c'est-à-dire dans la justice (CCNE, 2007).

## *Annexe 1*

### **La place des dépenses de santé dans le PIB**

Pour nourrir la réflexion sur ce sujet sensible et difficile, il peut être instructif de regarder quelle est la situation globale de la France par rapport aux pays comparables. L'OCDE (organisation de coopération et de développement économique) a livré sur ce point en 2004 une étude documentée dont il ressort trois constats très clairs :

- Avec 9,5% de son produit intérieur brut (PIB) consacré aux dépenses de santé, tant publiques ou privées, la France est un des pays développés qui leur consacrent le plus. Elle n'est dépassée, d'ailleurs d'assez peu, que par l'Allemagne, le Canada, la Suisse et, très loin en tête, avec près de 14%, par les Etats-Unis.
- La France est également un des pays où la part de financement public des dépenses de santé est le plus élevé (76%) ; elle est dépassée par plusieurs pays nordiques où ce pourcentage excède 80%, mais ces pays consacrent une moindre part de leurs ressources globales à la santé.
- La combinaison de ces deux séries de données fait ressortir que la France est, à l'exception de l'Allemagne (qui a depuis lors fortement revu sa politique), le pays de l'OCDE où les dépenses publiques de santé étaient en 2001 les plus élevées en pourcentage du PIB.

Même si, comme toutes les comparaisons internationales, ces données ne prétendent pas à une valeur comptable rigoureuse et si elles demanderaient à être actualisées à 2006, les traits essentiels du constat demeurent certainement valables. Quand on se souvient par ailleurs que les prélèvements publics sur le PIB atteignent dans notre pays un niveau très élevé, il apparaît clairement que les marges de croissance possibles des dépenses publiques de santé (au delà de la progression annuelle du PIB, c'est à dire de plus de 1,5 à 2,5 % par an en termes réels) sont limitées.

## *Annexe 2*

Sur ces diverses questions, il existe des références dans les expériences ou les travaux qui ont eu à envisager la recherche de solutions justes devant une situation obligeant à une sélection. On pense aux travaux menés à l'étranger pour améliorer la gestion de listes d'attente dans le service de santé britannique (ELSTER.J, 1993) ou dans les pays scandinaves et aux recommandations élaborées à partir de diverses expériences par le Conseil de l'Europe. Ce dernier texte étudie les principales causes des listes d'attente, leur utilité pour planifier les admissions les traitements et l'importance de se baser sur des données exactes et accessibles, pour répartir au mieux les efforts déployés et améliorer la qualité et l'organisation des soins de santé. A l'échelon national, on peut imaginer certaines pratiques qui seraient à écarter à tout prix, ou recenser des problèmes qui s'éclaireront par une étude approfondie. (Conseil de l'Europe: Recommandation n° R(99) 21 (2000).

***PARTIE PRATIQUE***

***Etat de santé publique en  
Algérie***

## **I. Introduction**

### **1. SANTÉ PUBLIQUE**

Le terme de « santé publique », fait référence à la fois à la santé du public et à la spécialité médicale qui traite de la santé sous l'angle de la collectivité plutôt que sur la base de l'individu. Il y a dans ce domaine partout dans le monde un grand besoin de spécialistes qui recommandent et défendent les déclarations publiques sur la promotion de la santé et aussi qui prennent part à des activités dont le but est protéger le public des maladies transmissibles et autres risques.

La pratique de la santé publique (parfois appelée « médecine de santé publique » ou « médecine collective ») repose fortement, dans ses bases scientifiques, sur l'**épidémiologie**, qui est l'étude de la répartition des facteurs de santé et de maladie dans les populations. Il y a en effet des médecins épidémiologistes. Mais tous les médecins devraient connaître les facteurs sociaux et environnementaux qui influent sur l'état de santé de leurs patients.

Les mesures de santé publique comme les campagnes de vaccination et les réactions d'urgence aux épidémies sont des facteurs de santé importants pour l'individu, mais les facteurs sociaux comme le logement, l'alimentation et l'emploi le sont tout autant, sinon plus. Il est rare que les médecins puissent traiter les causes sociales des maladies, mais ils doivent diriger leurs patients vers les services sociaux appropriés.

### **1. SANTÉ MONDIALE**

La reconnaissance des responsabilités du médecin envers la société à été élargie ces dernières années à la responsabilité du médecin envers la santé dans le monde. Cette charge a été définie comme les problèmes, les questions et préoccupations de santé qui dépassent les limites nationales, qui sont susceptibles d'être influencés par les circonstances ou expériences des autres pays et qui trouvent une meilleure réponse dans des actions ou des solutions d'entraide. La santé mondiale fait partie du grand mouvement de mondialisation qui englobe les échanges d'information, le commerce, la politique, le tourisme et autres activités humaines.

La base de la mondialisation est la reconnaissance que les individus et les sociétés sont de plus en plus interdépendants. Cela est particulièrement évident dans le domaine de la santé, comme il a été observé dans la propagation rapide de maladies comme la grippe et le SRAS. Le contrôle de ces épidémies nécessite une action internationale. La mondialisation de la santé a permis de prendre de plus en plus conscience de l'existence des disparités de santé sur la planète.

Dans notre contexte, **en Algérie**, l'attitude et le comportement actuels des malades vis-à-vis de la maladie diffèrent totalement du comportement adopté il y a quelques décennies. En effet les patients n'acceptent plus actuellement avec la même résignation les souffrances de la maladie et surtout les inégalités face aux problèmes de santé. Mais l'offre de soins s'est-elle adaptée pour autant, à l'heure actuelle, dans les structures sanitaires nationales ? (Bbouziani.M, 2009).

## ***II. Problématique***

### ***1. Quel est l'état de la santé en Algérie ?***

L'état de la santé en Algérie est préoccupant. En particulier le secteur public, qui est victime d'une gestion administrative centralisée ne laissant pas de place à la réflexion et à la proposition. L'Algérie a choisi un modèle social semblable à celui de la France. Pour des raisons stratégiques, la santé publique doit constituer l'essentiel des prestations de santé.

L'Algérie a les moyens d'offrir aux citoyens les soins nécessaires, avec les assurances sociales ou en prenant carrément à sa charge les opérations chirurgicales et les traitements. Il se trouve que ces dernières années, si les budgets de la santé ont été conséquents, leur gestion et leur utilisation ont été faits d'une façon chaotique. Ce qui a provoqué des conflits sociaux, des disparités régionales et des erreurs fondamentales dans le fonctionnement des espaces publics de santé. Et surtout une perte de confiance de la part du citoyen dans le secteur de la santé publique.

Aujourd'hui, lorsque le citoyen X, est malade, sa première réflexion est d'aller dans le privé. Ce n'est pas normal. L'État a quand même consenti des efforts, avec son modèle de soin français, où les prestations de soins et l'accès au succès sont totalement garantis à tout citoyen algérien. Or, la réalité du terrain montre le contraire. Le rendement des hôpitaux publics n'a pas été à la hauteur des dépenses consenties (BEKAT.M, 2012).

## ***2. La santé souffrante en Algérie***

Les établissements de santé publique traversent aujourd'hui une période de crise d'une gravité inimaginable. Cette dégradation tient à la fois de la mauvaise gestion et d'un dysfonctionnement généralisé. Pourtant, le secteur de la santé publique a bénéficié, ces dernières années, d'enveloppes financières colossales.

La situation préoccupante dans laquelle se trouvent les hôpitaux publics est décriée autant par les malades que par les personnels soignants. C'est le cas du professeur Abdelouahab Bengounia, chef du service épidémiologie et médecine préventive au CHU Mustapha Pacha, qui a tiré la sonnette d'alarme depuis plusieurs années. Ce spécialiste estime qu'il est dommage de constater que l'administration centrale, qui dans tous les pays du monde a un caractère administratif et politique, se contente de prendre des décisions techniques sans aucune base scientifique. (Bengounia .A, 2012)

«Evidemment, dans certaines décisions, il apparaît une incapacité de discernement dans les priorités entre l'utile, le nécessaire et l'indispensable». Ce spécialiste plaide, depuis plus de 10 ans, pour la mise en place d'un institut de veille sanitaire pour prévenir et alerter les pouvoirs publics sur tout événement, toute menace sanitaire qui pourraient nuire à la santé publique (Bouakba.A, 2012).

Le ministre de la Santé dont le secteur subi des turbulences syndicales, des pénuries de médicaments récurrentes et des prestations hospitalières insuffisances, a rompu pour une fois avec son triomphalisme habituelle pour admettre que son secteur est bien malade. Celui que la presse algérienne surnomme « monsieur promesses nationales » estime que les problèmes « dont souffre le secteur de la santé ne datent pas d'aujourd'hui mais remontent à 24 ans ».

### ***III. Problèmes de santé publique en Algérie***

1. Mal gestion des hôpitaux et des établissements paramédicales :
2. Mauvais comportement du personnel médical envers les malades
3. Pénurie de médicaments
4. Manque d'hygiène
5. Défectuosité des appareils médicaux

#### ***1. Mal gestion des hôpitaux et des établissements paramédicaux :***

**« L'Algérie est victime de la mauvaise gestion »**

La bonne gestion de la maintenance est un élément essentiel à la vie d'un établissement de santé, notamment dans le cadre de la continuité de fonctionnement des services. Ce guide fournit les bases règlementaires ainsi que les éléments pratiques nécessaires à la mise en place de la maintenance des dispositifs médicaux dans les établissements de santé. (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Midi-Pyrénées).

Notre pays est l'un des plus beaux et des plus riches au monde, mais malheureusement, ses capacités sont mal exploitées, et son mal provient de la gestion **non planifiée** de nos responsables.

La gestion de la santé publique sur le terrain reste inopérante. Les administrations sanitaires locales sont réduites à de simple relais, les mairies et les wilayas ignorent totalement leurs rôles dans la promotion de la santé publique et ne se sentent pas concernées par les actions de santé publique, jugées non prioritaires probablement. En amont, les autres Ministères à l'échelon périphérique ou central, ne sont nullement impliqués dans la promotion de la santé publique (Bouziani.M, 2009).

L'ancien **secrétaire général** de l'UNJA a déclaré que « l'Algérie possède assez de ressources humaines pour gérer non seulement un pays, mais tout un continent ». « Il est temps que les Algériens prennent leur destin en main », dira-t-il. « Nous ne devons pas être un troupeau dirigé par des ignorants. Il faut que cela change », a-t-il martelé. Pour lui, les solutions existent. « Il faut investir dans les ressources humaines », a-t-il précisé (Belaïd. A, 2014).

## ***2. Mauvais comportement du personnel médical envers les malades :***

Aujourd'hui personne n'est réellement au service du malade, tout le monde en convient de cette triste réalité, le président du conseil de déontologie médicale, le DG du CHUC, et d'autres intervenants directement concernés par la question ont tenté de trouver une explication au phénomène, sans mettre plein le doigt sur le mal. On a tout juste vu le problème d'un côté de la barrière, sous l'angle de l'insécurité dans les hôpitaux et du spectacle effroyable de médecins et d'infirmières prenant la fuite devant des assaillants qui accompagnaient un proche malade se faire soigner, surtout lorsque celui-ci rend l'âme à l'hôpital même (Djenane. K, 2014).

L'algérien est devenu agressif, estime pour sa part un autre intervenant. Les malades et leurs proches, supposés représenter « cet algérien devenu agressif », tiennent eux un autre langage.

Cette agressivité ou cette révolte, puisque le spectacle répété est parfois empreint des airs émeutiers avec des dizaines de personnes prenant d'assaut un quelconque hôpital, même si on ne peut jamais la justifier totalement, ni l'encourager, a sa raison d'être.

Le malade algérien est choqué de trouver un mauvais accueil le matin à l'hôpital et dans l'après-midi du même jour, il est accueilli avec le sourire dans une clinique privée par ce même personnel renfrogné qu'il a rencontré le matin à l'hôpital ! Le secteur public est abandonné, des médecins et des paramédicaux s'assurent un salaire chez le public et bricolent chez le privé qui les rémunère souvent à la tâche.

Les praticiens et le personnel paramédical, dans bien des cas, sont insuffisamment formés, d'où une communication entre le soignant et le soigné souvent imparfaite, à l'origine de complications, de diagnostics faux ou imprécis, de l'ignorance de pré requis aux traitements. Toute cette chaîne demande dans une forte proportion une mise à niveau ou de la formation continue. À cela s'ajoute la maintenance des équipements des hôpitaux. Problématique, en raison de contrats de fourniture mal négociés, elle augure une autre hémorragie des deniers publics.

Enfin, il ne faut pas perdre de vue que la reconnaissance du mérite est un pas non négligeable dans l'émergence d'un système de santé performant en Algérie. En ce sens, la valorisation du métier de professeur de médecine, et de manière générale du praticien de santé, pourrait avancer les choses. Si l'on veut atteindre les objectifs du millénaire.

Le constat est amer de chaque côté de la barrière. En sus de cette désertion du personnel médical et du mauvais accueil, le malade algérien peut mourir en allant se faire soigner dans un hôpital où les appareils médicaux sont à l'arrêt et où le médicament se fait très rare.

### **3. Pénurie de médicaments :**

*Vérité ou polémique ?*

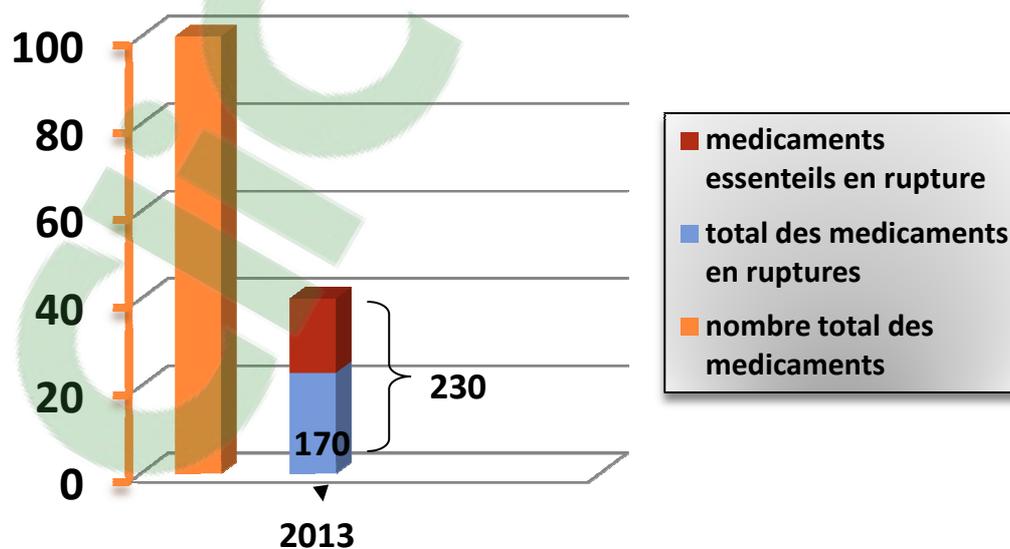
La pénurie de médicaments a été considérablement réduite cette année en Algérie aussi bien dans les hôpitaux que les officines privées. Mais la bureaucratie de l'Administration menace en permanence les circuits d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques (Al amine.M, 2013).

Il y a lieu effectivement de "paniquer" face à l'ampleur de l'enveloppe financière annuelle des importations des produits médicamenteux. Elle correspond à 80% des besoins. Malgré les mesures d'encouragement à la production nationale prises par l'État, l'Algérie demeure un pays lourdement tributaire du marché extérieur, contrairement à ses voisins tunisien et marocain, qui ont réduit de façon substantielle leur dépendance en développant leur industrie pharmaceutique locale (Hamma.A, 2012).

Dans ce contexte, le groupe Saïdal, “fer de lance d’une ambition nationale de construction d’une industrie de production locale de médicaments”, anticipe par un dynamisme remarquable de développement du partenariat avec les grandes firmes internationales. Mais ce groupe, objectivement, se heurte aux lobbys de l’import du médicament, qui, et tout le monde le sait, ont souvent provoqué des pénuries organisées à travers des ruptures de stock pour surfer sur les prix au gré de leurs intérêts et, bien entendu, au détriment des malades.

L’intersyndicale des médecins exerçant dans les établissements publics dénonce une “grave pénurie des produits pharmaceutiques dans les hôpitaux”. Elle pointe le doigt vers la pénurie qui touche les médicaments qui sont indispensables pour le traitement des maladies chroniques et du cancer en particulier. Selon de nombreux confrères, le président de cette organisation syndicale, s’appuyant sur une enquête menée “dans 170 structures de soins à travers 21 wilayas”, estime que la situation est alarmante. De son côté, le SNAPO affirme que les ruptures de stock touchent 230 médicaments, dont 170 sont essentiels.

**Figure1 : taux de médicaments en rupture en 2013**



En même temps, le coordinateur du réseau des associations des malades chroniques impute les pénuries récurrentes à la complexité de la procédure suivie dans l'importation des produits pharmaceutiques, et surtout l'institution du crédit documentaire par la loi de finances complémentaire de 2009.

Ces procédures, selon ce dernier, rallongeraient considérablement les délais entre l'établissement de la commande par un hôpital et son approvisionnement. "Pendant cette période, la structure ne peut fonctionner et compter vraiment sur les réserves, qui arrivent vite à épuisement.

Enfin, le président de l'Ordre national des pharmaciens souligne que la situation de pénurie est induite par des erreurs d'appréciation en amont de la réglementation.

Il cite des programmes d'importation annualisés avec des quantités limitées ; des procédures d'enregistrement longues et fastidieuses ; une instabilité réglementaire continue... "Sans compter que le secteur est aussi tributaire des problématiques que connaît l'ensemble de l'économie nationale : système bancaire, foncier, douanes, lettre de crédit mais aussi contraintes du marché mondial." In fine, sans tomber le pessimisme ambiant, l'Algérie est l'un des rares pays de l'hémisphère Sud, qui, non seulement garantit le plus grand accès aux soins de la majorité de sa population, en développant les infrastructures et équipements sanitaires, mais aussi en disposant d'un système de sécurité sociale qui préserve les couches sociales les plus démunies.

### **Faut-il assainir le marché du médicament ?**

La pénurie des médicaments ne relève certainement pas d'une volonté avérée des pouvoirs publics, mais plutôt du jeu criminel, puisqu'il touche à la santé publique, "des marchands de la mort". À l'instar de Sonatrach, les pouvoirs publics seraient bien avisés de diligenter une enquête dans ce secteur, où les tenants de la rente s'estiment à l'abri de la justice (Hamma.A, 2012).

#### **4. Manque d'hygiène :**

La saleté est une composante de la vie en Algérie. Personne ne l'apprécie, mais tout le monde tolère cet état de fait. Elle est partout et constitue un véritable problème de santé publique. Justement, on la retrouve aussi dans les établissements de santé publique où il est, plus qu'ailleurs, primordial de respecter les procédures d'hygiène.

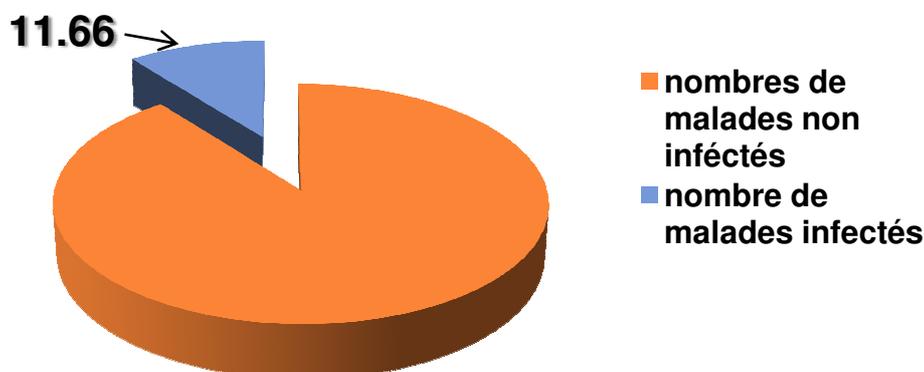
Une visite de n'importe quel hôpital public suffit à constater que ces procédures règlementaires (loi n°88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et la médecine du travail) ne sont pas ou à peine respectées. Les patients comme le personnel se trouvent donc exposés aux risques de contamination (Hadjat.A, 2013).

Dans les hôpitaux, souvent, de drôles de rumeurs circulent, comme ce patient qui a dans son ventre un scalpel oublié par les chirurgiens, ou cette femme morte après avoir attrapé une maladie «mystérieuse» dans un hôpital. En vérité, les praticiens de la santé ont déjà, et à plusieurs reprises, ces dernières années, lancé des SOS pour lutter plus efficacement contre les maladies du milieu hospitalier souvent provoquées par une mauvaise gestion des déchets issus des activités de soins à risque d'infection (DASRI).

#### **Etudes et statistiques sur les infections nosocomiales dans les hôpitaux**

Plusieurs praticiens, notamment des chirurgiens, estiment que les maladies nosocomiales, du fait d'une très mauvaise hygiène dans les hôpitaux algériens, alliée au laisser-aller et le manque de formation des paramédicaux, restent un danger patent dans les structures sanitaires algériennes.

**En 2006**, L'enquête, qui a ciblé 600 malades des services de réanimation, de chirurgie générale, et de neurochirurgie, a montré, par ailleurs, que 11,66% de ces patients ont contracté des maladies nosocomiales particulièrement ceux ayant séjourné dans le service de réanimation, a précisé le conférencier qui a évoqué les différentes pathologies qui se transmettent au personnel paramédical par voie de contamination, comme l'hépatite B et C et le sida. « L'échantillon » d'Oran est, avouons-le, loin de constituer un cas à part (Dznet, 2006).

**Figure 2 : nombre de malades infectés en 2006 (CHU d'Alger)**

En 2010, une étude multicentrique a été menée dans 27 hôpitaux en Algérie, en Egypte, en Italie, au Maroc et en Tunisie afin d'évaluer la prévalence et les caractéristiques des infections nosocomiales. La participation des établissements était volontaire. Tous les patients admis depuis 48 heures ou plus étaient inclus.

Le recueil d'information, par des enquêteurs formés, s'est fait en examinant les dossiers médicaux des patients, ceux des soins infirmiers et les résultats de laboratoire, en plus de l'interrogatoire du personnel, au besoin. Les définitions de l'infection nosocomiale étaient basées sur celles des *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*.

**Les données recueillies sur une fiche standardisée ont concerné :**

- L'identification de l'établissement et du service ;
- Les caractéristiques du patient : admission, âge, sexe, facteurs de risque intrinsèques (diabète, obésité, dénutrition, immunodépression, neutropénie) ; les facteurs de risque extrinsèques : sonde urinaire, cathéter vasculaire périphérique ou central, alimentation parentérale, ventilation mécanique, procédure chirurgicale ;

- La présence d'une infection nosocomiale : seules les infections actives étaient prises en compte - date du début de l'infection, cultures, résultat microbiologique et résistance pour certains organismes -, deux infections actives pouvaient être notées ;
- La prescription des antibiotiques : molécule et indication.

Les données ont été validées et saisies localement à l'aide d'une application commune sur Epi Info 6.04. L'ensemble des données a été centralisé au niveau du centre de coordination (laboratoire D'épidémiologie et santé publique à Lyon) et analysé avec le logiciel SPSS V12.

L'analyse des facteurs de risque a été effectuée pour l'ensemble des infections nosocomiales et pour les sites les plus fréquemment recensés lors de l'enquête. Une analyse uni-variée a permis de mesurer l'association des différents facteurs avec la survenue de l'infection nosocomiale (ou des sites d'infection).

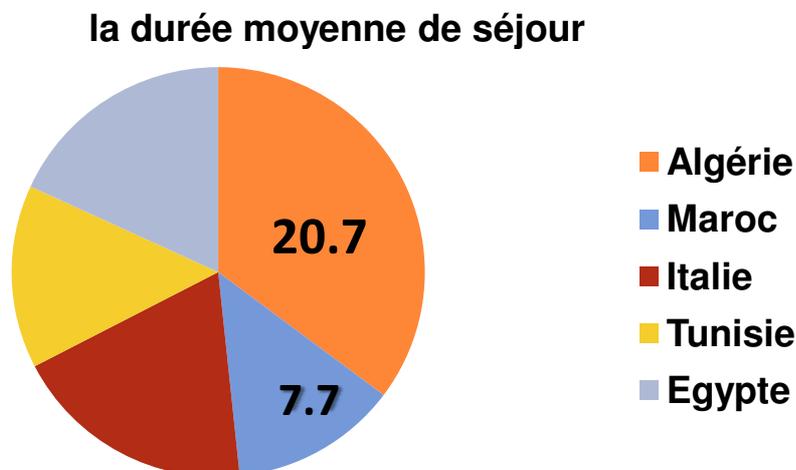
Cette association a été mesurée à l'aide de l'*odds ratio* (OR). Les paramètres avec une valeur de p associée au  $\chi^2$  inférieure à 0,1 ont été introduits dans un modèle logistique afin de déterminer les facteurs de risque indépendants, et la validité du modèle a été évaluée à l'aide du test de Hosmer-Lemeshow (Gasner et al., 1988).

### Caractéristiques des établissements

Vingt-sept établissements totalisant 11 853 lits ont participé à l'enquête. Le taux d'occupation des lits par des patients présents depuis 48 heures ou plus était de 39,1 %.

**Tableau 1 : descriptions des malades**

Nbr de patients	L'âge moyen	Hommes/femmes	Durée de séjour
4634	41.10 ans	0.99	15.40 jrs
/	<b>Médiane</b>	/	<b>Médiane</b>
/	42 ans	/	8 jrs

**Figure 3:** la durée moyenne du séjour dans chaque hopital

- L'enquête a porté sur 4634 patients.
- L'âge moyen était de 41,1 ans (écart-type [ET] 23,4) et la médiane de 42 ans ; 19,4 % des patients étaient âgés de 65 ans ou plus. Le *sex ratio* hommes/ femmes était de 0,99. La durée moyenne de séjour des patients au moment de l'étude était de 15,4 jours (ET 24,3), la médiane se situant à 8 jours. La durée moyenne de séjour la plus élevée était enregistrée en Algérie (20,7 jours,  $p = 0,02$ ) et la plus faible au Maroc (7,7 jours,  $p < < 0,001$ ) (Gasner et al., 1988).

**Tableau 2 :** caractéristiques des patients et facteurs de risques intrinsèques

caractéristiques	Algérie	Egypte	Italie	Maroc	Tunisie	Total
<b>Nombre de patients</b>	1628	1149	371	268	1218	4634
	<b>Spécialité du service</b>					
<b>Médecine</b>	642(39.4%)	251(21.8%)	157(42.3%)	78(29.1%)	545(44.7%)	1673(36.1%)
<b>Chirurgie</b>	535(32.9%)	561(48.8%)	187(50.4%)	99(36.9%)	386(31.7%)	1768(38.2%)
<b>Réanimation</b>	86(5.3%)	50(4.4%)	16(4.3%)	6(2.2%)	52(4.3%)	210(4.5%)
<b>Gynéco-obstétrique</b>	82(5.0%)	93(8.1%)	9(2.4%)	47(17.5%)	81(6.7%)	312(6.7%)

<b>Pédiatrie</b>	214(3.1%)	135(11.7%)	2(0.5%)	38(14.2%)	135(11.1%)	524(11.3%)
<b>Autres</b>	69(4.2%)	59(5.1%)	0	0	19(1.6%)	147(3.2%)
<b>Age (ans)</b>						
<b>Moyenne (ET)</b>	37.5 (22.2)	37.2 (21.9)	64.7 (18.1)	40.2 (22.5)	42.7 (23.6)	41.1 (23.4)
<b>Médiane</b>	37	39	69	40	43	42
<b>Sexe</b>						
<b>Hommes</b>	818(50.2%)	599(52.6%)	159(45.2%)	107(39.9%)	574(49.5%)	2257(49.6%)
<b>Femmes</b>	810(49.8%)	540(47.4%)	193(54.8%)	161(60.1%)	586(50.5%)	2290(50.4%)
<b>Diabète</b>						
<b>Oui</b>	219(13.5%)	210(18.3)	58(16.1%)	46(17.4%)	152(13.4%)	685(15.1%)
<b>Non</b>	1406(86.5%)	939(81.7%)	302(83.9%)	219(82.6%)	981(86.6%)	3847(84.9%)
<b>Obésité</b>						
<b>Oui</b>	93(5.7%)	135(11.7%)	40(11.1%)	27(10.2%)	23(2.0%)	318(7.0%)
<b>Non</b>	1533(94.3%)	1014(88.3%)	319(88.9%)	239(89.8%)	1126(98.0%)	4231(93.0%)
<b>Dénutrition</b>						
<b>Oui</b>	147(9.0%)	191(16.6%)	25(7.0%)	14(5.3%)	9(0.8%)	386(8.5%)
<b>Non</b>	1478(91.0%)	958(83.4%)	333(93.0%)	252(94.7%)	1117(99.2%)	4138(91.5%)
<b>immunodéficience</b>						
<b>Oui</b>	84(5.2%)	108(9.4%)	11(3.1%)	0	92(7.7%)	295(6.4%)
<b>Non</b>	1537(94.8%)	1041(90.6%)	347(96.6%)	265(100%)	1106(92.3%)	4296(93.6%)
<b>Neutropénie</b>						
<b>Oui</b>	54(3.4%)	101(8.8%)	8(2.2%)	0	23(1.9%)	186(4.1%)
<b>Non</b>	1529(96.6%)	1048(91.2%)	350(97.8%)	265(100%)	1171(98.1%)	4363(95.9%)

ET : écart-type

- Il a été observé que la présence de facteurs de risque intrinsèques chez les patients issus des hôpitaux égyptiens était plus importante que chez ceux issus des autres pays (différence statistiquement significative pour tous les facteurs de risque cités). Le sondage urinaire, la présence d'un cathéter central et la ventilation étaient plus fréquents chez les patients italiens ( $p < 10^{-5}$ ), alors que les cathéters périphériques et l'alimentation parentérale étaient plus fréquents en Égypte que dans les autres pays ( $p < 0,001$ ).

**Tableau 3** : facteurs de risque extrinsèques

<b>Facteur de risque</b>	Algérie	Égypte	Italie	Maroc	Tunisie	Total
<b>Nombre de patients</b>	1628	1149	371	268	1218	4634
<b>Sonde urinaire</b>						
<b>Oui</b>	181 (11,1)	192 (16,7)	118 (32,3)	20 (7,6)	111 (9,2)	622 (13,5)
<b>Non</b>	1445 (88,9)	957 (83,3)	247 (67,7)	244 (92,4)	1093 (90,8)	3986 (86,5)
<b>Cathéter périphérique</b>						
<b>Oui</b>	690 (42,4)	623 (54,2)	130 (38,2)	32 (12,2)	431 (35,8)	1906 (41,6)
<b>Non</b>	936 (57,6)	526 (45,8)	210 (61,8)	231 (87,8)	773 (64,2)	2676 (58,4)
<b>Cathéter central</b>						
<b>Oui</b>	42 (2,6)	44 (3,8)	67 (18,7)	0	41	194 (4,2)
<b>Non</b>	1582 (97,4)	1105 (96,2)	292 (81,3)	261 (100)	1158 (96,6)	4398 (95,8)
<b>Alimentation parentérale</b>						
<b>Oui</b>	137 (8,4)	155 (13,5)	21 (5,8)	30 (11,5)	31 (2,6)	374 (8,1)
<b>Non</b>	1489 (91,6)	994 (86,5)	338 (94,2)	232 (88,5)	1168 (97,4)	4221 (91,9)
<b>Ventilation mécanique</b>						
<b>Oui</b>	32 (2,0)	30 (2,6)	15 (4,1)	4 (1,5)	33 (2,8)	114 (2,5)
<b>Non</b>	1592 (98,0)	1119 (97,4)	347 (95,9)	257 (98,5)	1166 (97,2)	4481 (97,5)
<b>Procédure chirurgicale</b>						
<b>Oui</b>	291 (18,9)	401 (34,9)	172 (46,4)	95 (35,4)	265 (21,9)	1224 (27,0)
<b>Non</b>	1250 (81,1)	748 (65,1)	199 (53,6)	173 (64,6)	947 (78,1)	3317 (73,0)

- Le taux de prévalence des infections était de 10,5 % (483 infections au total). La moyenne d'âge des patients infectés était de 41,8 ans contre 41,0 ans pour les patients non infectés (différence non significative).

La durée moyenne de séjour entre l'admission et l'infection était de 13,6 (ET 25,9) jours (médiane : 6 jours) avec des grandes variations entre les pays allant de 2,6 jours au Maroc à 24,1 jours en Algérie. La durée moyenne de séjour était significativement plus élevée ( $p < 0,001$ ) chez les patients infectés (24,6 jours) par rapport aux patients non infectés (14,5 jours).

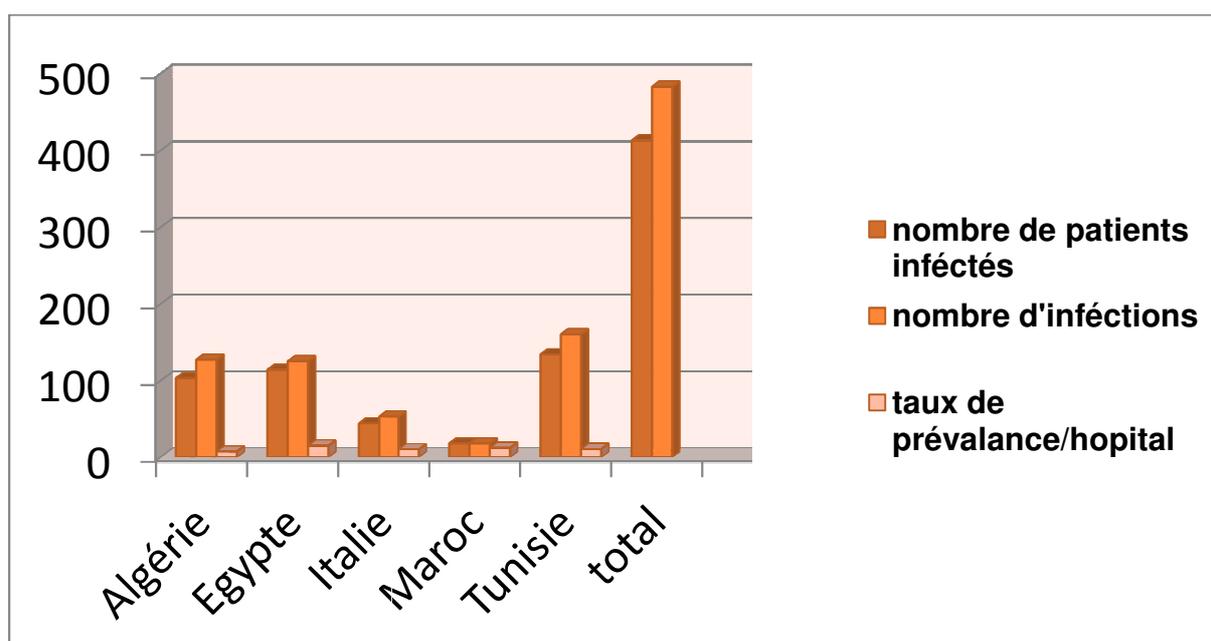
**Tableau 4** : Prévalence des infections nosocomiales par pays

Pays	Patients		infectés Infections		taux de prévalence
	Nbr	Taux IC	Nbr	Taux IC	Min-Max
Algérie	103	6,3 (5,2-7,6)	127	7,9	2,1-13,0
Egypte	114	9,9 (8,3-11,8)	125	10,9	0,0-30,2
Italie	44	11,9 (8,8-15,6)	53	14,3	5,4-15,3
Maroc	18	6,7 (4,0-10,4)	18	6,7	0,0-24,7
Tunisie	134	11,0 (9,3-12,9)	160	13,2	6,8-14,9
<b>Total</b>	<b>413</b>	<b>8,9 (8,1-9,8)</b>	<b>483</b>	<b>10,5</b>	<b>0,0-30,2</b>

*Taux de prévalence des patients infectés.*

*IC : intervalle de confiance.*

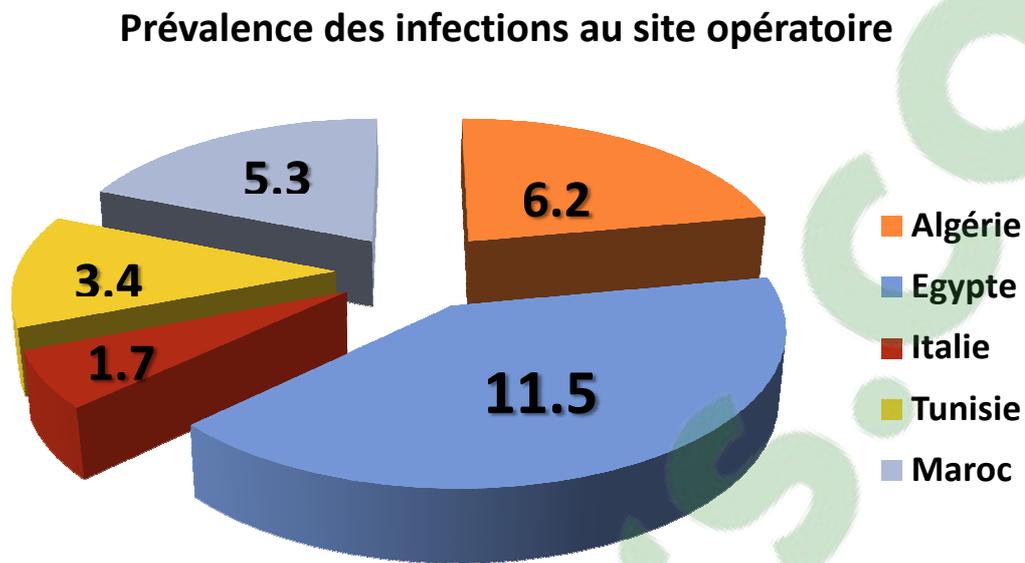
- les taux de prévalence dans 25 établissements ayant un effectif supérieur à 30 patients inclus. Le taux de prévalence médian était de 8,25 %, avec des extrêmes allant de 0 à 30,2 %. Onze de ces établissements avaient un taux de plus de 10 %, plus élevé que la limite supérieure de l'intervalle de confiance à 95 % (Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2007).

**Figure 4** : Prévalence des infections nosocomiales par pays

**Tableau 5** : Prévalence des différents sites d'infections nosocomiales

Pays	IU	IR	ISO	Peau/tissus	bactériémie	Autres
<b>Algérie</b>						
Nbre d'infections	29	17	18	33	2	20
Fréquence relative	24,4	14,3	15,1	27,7	1,7	16,8
Prévalence	1,8	1,0	1,1	2,0	0,0	1,2
<b>Égypte</b>						
Nbre d'infections	34	13	46	10	14	8
Fréquence relative	27,2	10,4	36,8	8,0	11,2	6,4
Prévalence	3,0	1,1	4,0	0,9	1,2	0,7
<b>Italie</b>						
Nbre d'infections	24	12	3	1	8	3
Fréquence relative	47,1	23,5	5,9	2,0	15,7	5,9
Prévalence	6,5	3,2	0,8	0,3	2,2	0,8
<b>Maroc</b>						
Nbre d'infections	1	12	5	-	-	-
Fréquence relative	5,6	66,7	27,8			
Prévalence	0,4	4,5	1,9			
<b>Tunisie</b>						
Nbre d'infections	34	32	9	34	27	22
Fréquence relative	21,5	20,3	5,7	21,5	17,1	13,9
Prévalence	2,8	2,6	0,7	2,8	2,2	1,8
<b>Total</b>						
Nbre d'infections	122	86	81	78	51	53
Fréquence relative	25,9	18,3	17,2	16,6	10,8	11,3
Prévalence	2,6	1,9	1,7	1,7	1,	1 1,1

IU : infections urinaires ; IR : infections respiratoires ; ISO : infections du site opératoire.

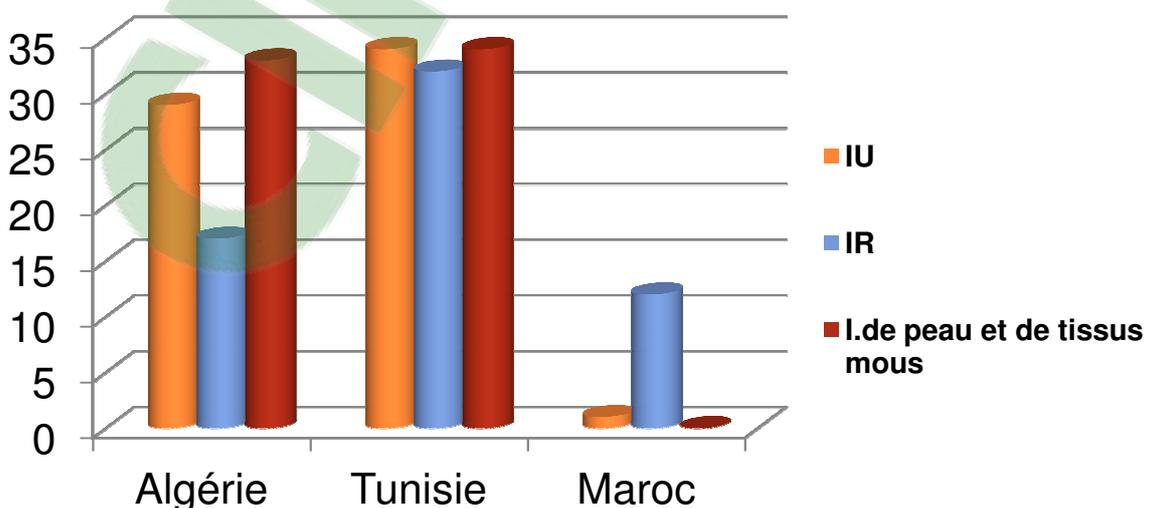
**Figure 5 : Prévalence des différents sites d'infections nosocomiales**

- La prévalence des ISO chez les patients opérés était de 6,6 %. Elle était de 6,2 % en Algérie, de 11,5 % en Égypte, de 1,7 % en Italie, de 5,3 % au Maroc et de 3,4 % en Tunisie.

« Autres » comprennent les infections gastro-intestinales, les infections des os et articulations, les infections de l'œil, de l'oreille, du nez, de la gorge et de la bouche, les infections cardiovasculaires et les infections du système nerveux central.

**Figure 6 : Prévalence des infections urinaires, respiratoires et les infections de peaux et tissus mous.**

Nbr d'infection



- Les infections urinaires étaient les infections les plus fréquentes : elles représentaient 25,9 % de l'ensemble des infections nosocomiales contractées et une prévalence de 2,6 %.
- L'importance des sites d'infection en termes de fréquence était néanmoins différente entre les pays.
- Les infections urinaires représentaient presque la moitié des infections nosocomiales en Italie ; elles étaient également en tête en Tunisie, avec la même fréquence que les infections de la peau et des tissus mous. En Égypte, les infections du site opératoire (ISO) étaient les infections prédominantes alors que les infections de la peau et des tissus mous étaient les plus fréquentes en Algérie (Atif, M., et al, 2006) et les infections respiratoires les plus fréquentes au Maroc.

**Tableau 6** : Exposition au risque des sites infectieux les plus fréquents : analyse uni-varié

Facteurs de risque (%)	inf. urinaire	inf. du site Opératoire	inf. respiratoires	bactériémie	inf. peau /tissus
Age	0,08	0,9	0,01	0,3	0,4
Sexe (F)	0,4	0,6	0,9	0,6	0,05
Durée de séjour ≥ 8 j	< 10-11	< 0,001	0,003	< 0,001	<0,001
Diabète	0,03	0,05	1	0,5	< 0,001
Obésité	0,01	0,3	0,7	0,08	0,3
Dénutrition	0,02	0,5	0,2	0,8	0,5
Immunodéficience	0,05	0,5	1	0,6	0,001
Neutropénie	0,6	0,5	0,1	0,001	0,2
Sondage urinaire	< 0,001	0,001	< 0,001	0,002	< 0,001
Cathéter périphérique	0,3	< 0,001	0,2	< 0,001	< 0,001
Cathéter central	< 0,001	0,2 5	< 0,001	< 0,001	0,008
<b>Alimentation</b>					
parentérale	0,06	< 0,001	< 0,001	< 0,001	1
Ventilation mécanique	< 0,001	0,12	< 0,001	< 0,001	0,2
Procédure chirurgicale	0,006	-	0,8 0	1	0,9

- Cette étude multicentrique sur la prévalence des infections nosocomiales a l'intérêt de produire des données épidémiologiques représentatives du risque infectieux nosocomial dans la région méditerranéenne.
  
- Avec une moyenne d'âge des patients de 41,1 ans, la population incluse dans l'étude était très jeune : 15,2 % étaient âgés de 65 ans ou plus dans les pays non européens alors qu'en Italie, seul pays européen participant à cette étude, cette proportion était de 61,5 %. Des proportions supérieures à 50 % des patients âgés de 65 ans ou plus sont rapportées dans toutes les études réalisées dans les pays européens [4,8] (RAISIN, 2003).
  
- Le taux de prévalence des patients ayant acquis une infection nosocomiale dans notre étude était de 8,9 % et celui des infections de 10,5 %. Ces chiffres se situaient dans la fourchette de ceux rapportés dans la littérature, que ce soit dans les pays européens, ou dans les pays sud-méditerranéens. Nous tenons à rappeler cependant que la comparaison directe avec les données de la littérature est délicate : taille et activité des établissements, méthodologie adoptée, etc. À titre d'exemple, une étude tunisienne a donné un taux de prévalence des patients infectés de 17,9 % [15], mais l'établissement avait la particularité de posséder un grand nombre de lits appartenant à des spécialités à haut risque (unité de soins intensifs, brûlés, oncologie) (kallel, H., 2005).
  
- Il a été établi par de précédentes études multicentriques que la prévalence des infections nosocomiales augmente avec le niveau de technicité et la taille des établissements [5,8] ; or, dans notre étude, le taux de prévalence des infections nosocomiales était plus élevé dans les hôpitaux non universitaires ainsi que dans les hôpitaux de taille moyenne. Ceci peut être dû en grande partie à des pratiques plus défectueuses et à un manque de règles d'hygiène plus important au niveau de ces hôpitaux mal équipés et peu sensibilisés à la problématique des infections nosocomiales.

**Tableau 7** : facteurs de risque indépendants des infections nosocomiales

Facteur de risque	OR	IC
<b>Age (&lt; 25 ou &gt; 42 ans)</b>	1.34	1.02-1.76
<b>Durée de séjour ≥ 8 j</b>	3.12	2.43-4.02
<b>Diabète</b>	1.49	1.13-1.96
<b>Dénutrition</b>	1.36	0.97-1.91
<b>Immunodéficience</b>	1.38	0.93-2.04
<b>Neutropénie</b>	1.19	0.74-1.94
<b>Sondage urinaire</b>	1.76	1.32-2.34
<b>Cathéter périphérique</b>	2.05	1.62-2.59
<b>Cathéter central</b>	2.17	1.43-3.35
<b>Alimentation parentérale</b>	1.22	0.87-1.71
<b>Ventilation mécanique</b>	4.02	2.49-6.48
<b>Procédure chirurgicale</b>	1.22	0.95-1.57

Test de Hosmer-Lemeshow :  $\chi^2 = 15,64$  ;  $p = 0,03$ .

OR : odds ratio ; IC : intervalle de confiance.

- Le lien entre les actes invasifs et les sites pour lesquels ils constituent des facteurs de risque particuliers a été retrouvé (sondage et infections urinaires, ventilation et infections respiratoires, cathéter central et bactériémie). Après ajustement, sept variables ont subsisté comme des facteurs de risque indépendants des infections nosocomiales.

### En résumé :

Cette étude a permis de faire un premier état des lieux sur la situation des infections nosocomiales dans les hôpitaux pilotes en utilisant la même méthodologie.

Elle a permis de mieux approcher les spécificités locales : services de pédiatrie à risque (donc nécessité d'établir des programmes de prévention adaptés aux caractéristiques épidémiologiques de cette spécialité), localisations des infections nosocomiales toutes présentes avec des proportions assez proches, écart de prévalence beaucoup plus réduit entre les services de réanimation et les autres services (notamment la pédiatrie), ce qui évoque des risques plus liés aux insuffisances dans les pratiques d'hygiène qu'aux procédures invasives.

Mais pour avoir une meilleure approche de la réalité des infections nosocomiales et pour pouvoir évaluer les tendances dans le temps, il serait intéressant que les hôpitaux participant à cette étude réalisent des enquêtes de prévalence périodiques en utilisant le même protocole d'étude (Amazian et al., 2010).

De plus, et pour bien étudier la problématique de l'infection nosocomiale au niveau national, il est nécessaire d'effectuer des enquêtes de prévalence avec un nombre d'établissements beaucoup plus important dans chaque pays et ce, par le biais d'un échantillon randomisé représentatif avec une stratification selon la taille des établissements [8,12]. Les résultats de telles études permettraient une approche plus juste de la situation nationale dans le but de proposer des mesures de surveillance nationale standard (Gastmier et al., 1998).

### **Conclusion :**

Il est universellement admis que le risque zéro n'existe pas lors d'une hospitalisation ; ce risque doit néanmoins être réduit au maximum.

Dans une population telle que celle de notre étude, avec une moyenne d'âge ne dépassant pas les 42 ans et une exposition aux principaux dispositifs invasifs relativement faible, le taux d'infection « incompressible » devrait être beaucoup plus faible si un programme opérationnel en hygiène hospitalière est mis en place.

### *Les infections nosocomiales dans les hôpitaux algériens*

Nos hôpitaux souffrent d'un manque d'hygiène qui se traduit par la multiplication d'infections nosocomiales qui «ont atteint 30%» **2012**, relèvent des spécialistes qui ont pris part, en 2012 à Alger, à une rencontre sur le sujet. (Hadjar. K, 2012). «Les infections liées aux soins ne dépassent 5% dans les pays développés. Chez nous, elles dépassent largement les 30%», fait remarquer un professeur pour qui l'hygiène hospitalière ne constitue malheureusement pas une «grande importance» dans le budget des établissements de santé. (Farby. J, 2012)

En l'absence d'une politique nationale de lutte contre les infections nosocomiales, les hôpitaux algériens restent sans défense contre certains virus et bactéries qui peuvent être mortels. Une situation qui préoccupe les experts au point d'en faire, le 22 avril 2014, à l'université Saâd-Dahleb de Blida, le thème d'un séminaire, à l'initiative de l'Association des sciences médicales Ibn-Sina (Djenane. K, 2014).

Le but de cette rencontre est d'échanger leurs expériences dans ce domaine. « Nos hôpitaux sont devenus des souks tellement les va-et-vient sont incessants, sans motifs valables parfois», ont constaté la plupart des spécialistes, entre soignants et épidémiologues.

Outre les visiteurs qui sont des porteurs potentiels de microbes, le personnel médical a également sa part de responsabilité du fait des négligences dans la stérilisation des matériels et équipements médicaux. Pis, le personnel médical est le facteur numéro un de l'émergence des maladies nosocomiales.

La Pr Wahiba Amhis, microbiologiste et chef de service à l'établissement hospitalier public de Bologhine (Alger), tire la sonnette d'alarme. « Les statistiques de l'Organisation mondiale de la santé indiquent que 40% des infections sont provoquées par les urines.

En Algérie, par contre, les infections sont souvent associées aux soins », a-t-elle observé. Et pourtant, ces infections coûtent cher à la société, a rappelé la présidente du Comité national des experts, chargé de l'hygiène hospitalière et des infections associées aux soins.

La Pr Amhis, qui indique que la lutte contre les infections associées aux soins (IAS) constitue la priorité du programme de santé d'un pays, signale aussi que le contrôle microbiologique de l'air est fortement négligé dans nos hôpitaux. « Les travaux interminables dans les hôpitaux, l'eau, les aliments et autres aspects constituent une niche à microbes, surtout en présence de la faïence, matériau pourtant déconseillé dans les hôpitaux », a-t-elle précisé. Elle cite les agents microbiens comme le virus VIH, l'hépatite B et C, la grippe et les bacilles Gram négatif, qui sont les microbes les plus résistants aux antibiotiques. « On peut contracter une tuberculose facilement dans un service de soins si un patient est porteur de virus. C'est pour cette raison que le nettoyage, la désinfection et la stérilisation des dispositifs médicaux sont plus que nécessaires » (Amhis. w, 2014).

Pour le Dr Mohamed Yousfi, responsable du service infectiologie à l'hôpital de Boufarik, le problème des infections dans les milieux hospitaliers est, selon lui, dû à un manque de volonté politique pour éradiquer ce phénomène qui infeste nos hôpitaux et met en danger la vie des patients. « En 2014, l'Algérie n'a pas encore des données sur les infections nosocomiales. On peut faire juste des estimations dans telle région ou tel hôpital pour dire qu'il y a un nombre précis de contaminations, mais on n'a pas de données à l'échelle nationale », a-t-il signalé. Lors des débats, une intervenante de l'hôpital de Douera a évoqué un autre problème : les soins à domicile. Leur multiplication est devenue, à ses yeux, inquiétantes et constitue un facteur de contamination (Yousfi. M, 2014).

Les communicants ont attesté qu'il n'est pas toujours aisé d'éviter les infections nosocomiales. Il est, par contre, tout à fait possible d'en limiter la fréquence et la gravité, en respectant de simples règles d'hygiène comme surtout le lavage régulier des mains (Benkeddada.M, 2014).

## ***5. Défectuosité des appareils médicaux :***

### ***Le séjour amer des malades au CHU d'Oran***

En dépit des visites récurrentes du ministre de la Santé à Oran et ses promesses d'améliorer les conditions de prise en charge de la santé publique dans la capitale de l'Ouest, ce secteur reste sinistré et les malades continuent à endurer les conséquences de l'indisponibilité de moyens de prise en charge médicale dont le scanner aux UMC et l'appareil d'examen radiologique pour les cancéreux. Pire encore, certaines analyses ne sont plus effectuées au niveau de l'hôpital et les pochettes de sang des donneurs se font rares.

Durant les premiers jours du mois de ramadan, notre journal s'est enquis sur le terrain des conditions de prise en charge des malades au niveau des urgences médicochirurgicales UMC d'Oran. Le constat est désolant!

En effet, les malades sont contraints de se rendre dans les cliniques ou laboratoires privés pour se faire soigner ou effectuer des analyses médicales. L'accompagnatrice d'une patiente que nous avons rencontrée sur place raconte que sa parente avait été victime d'une hémorragie cérébrale et s'était vu refuser l'admission aux UMC.

Sa famille était donc contrainte de l'évacuer vers une clinique privée dont les responsables ont jugé nécessaire son transfert vers le CHU d'Oran où elle séjourne depuis 02 jours. Selon notre interlocutrice, sa parente souffre aussi d'anémie et du coup les médecins ont exigé des analyses médicales qu'elle a dû effectuer dans un laboratoire privé.

La famille d'une autre personne ayant subi un traumatisme crânien, suite à un accident de la circulation survenu au niveau de la plage des Andalouses, a aussi fait savoir que leur malade a dû effectuer un scanner à 1h00 du matin dans une clinique privée pour la somme de 7.000 Da et devait se procurer le produit anesthésiant, acheté en pharmacie à 1.000 Da.

A noter que les UMC souffrent aussi d'un manque flagrant en pochettes de sang, particulièrement ceux du groupe A négatif.

### ***SOUFFRANCE DES CANCÉREUX, FAUTE DE SCANNER ET D'APPAREILS DE RADIOLOGIE***

Les cancéreux du CHU d'Oran souffrent certainement et plus que d'autres de l'indisponibilité d'un scanner et d'appareils de radiologie, pourtant indispensables à leur prise en charge. Seule l'association des malades cancéreux tentent un tant soit peu de soulager la souffrance de cette frange, en recourant aux dons des bienfaiteurs.

Selon des sources émanant de cette association, les différents examens leur ont coûté, jusqu'à l'heure actuelle, la somme de 180 millions de cts. Sur un autre registre, les malades ont aussi relevé le problème lié à l'indisponibilité des pochettes de sang, notamment celles relatives aux deux groupes sanguins, B et AB négatifs.

### ***L'ADMINISTRATION DE L'HÔPITAL EXPLIQUE LE PROBLÈME PAR LA GRANDE PRESSION DONT SOUFFRE LA STRUCTURE***

Approché par nos soins, afin de connaître les raisons à l'origine de cette détérioration continue dans les conditions de prise en charge des malades, le chargé de communication a fait savoir que le scanner était en panne depuis plus d'un mois aux UMC. «Ceci, ajoute-il, a contraint les services de l'hôpital à contacter la société ayant fourni l'appareil pour le réparer, mais vu le nombre élevé de malades qui l'utilisent, ce dernier est de nouveau tombé en panne.

Il faut savoir que le CHU d'Oran accueille les malades provenant de toutes les wilayas de l'Ouest. «C'est pourquoi, dira-t-il, il est impératif que les autres établissements hospitaliers à Oran, à l'exemple de ceux d'El Mohgoun et Aïn El Türck, soient aussi dotés d'un scanner et ceux, afin de soulager la pression du CHU d'Oran.

Concernant l'appareil de radiologie, spécifique aux cancéreux et en panne aussi, ce même responsable expliquera que le pavillon accueillant les cancéreux connaît des travaux de réfection, mais n'empêche que les malades qui sont dans un état critique sont immédiatement pris en charge.

Pour ce des analyses médicales sur place ainsi que l'indisponibilité des poches de sang, le chargé de communication expliquera que le problème concernant les analyses médicales était plutôt lié à la pénurie des produits réactifs qui survient de temps à autre et qui est aussitôt réglée avec la satisfaction des commandes de l'hôpital en ces produits.

Quant à l'insuffisance des poches de sang, notre interlocuteur précisera que l'unité de transfusion sanguine n'a consacré qu'un seul véhicule réservé aux dons de sang pendant la nuit et malheureusement, le nombre de donateurs demeure timide, voire insignifiant. A ce propos, l'on croit savoir que lundi passé, les médecins n'ont collecté que 08 sachets.

#### ***40 MALADES ADMIS QUOTIDIENNEMENT AUX UMC APRÈS LE F'TOUR***

Le responsable de l'unité des UMC au CHU d'Oran a fait savoir que le service souffrait d'une grande pression, vu la grande affluence des malades qui viennent de toutes les localités de la wilaya, précisant que la structure disposait de 40 médecins de différentes spécialités, la permanence nocturne assurée et des dizaines d'interventions chirurgicales quotidiennement effectuées.

Notre interlocuteur a toutefois nié l'existence d'un quelconque dysfonctionnement dans le programme des permanences et tiendra à préciser que la pression était surtout constatée entre 18h00 et la rupture du jeûne et qu'une moyenne de 40 malades étaient admis, chaque jour, aux UMC et la plupart d'entre eux sont des victimes d'agression ou d'accidents de la circulation, dus surtout à l'excès de vitesse (Sifi. F, 2011).

## ***IV. Recommandation:***

La santé publique en Algérie : de nombreux défis à relever

1. La promotion de la santé publique dans notre pays doit passer nécessairement par une réforme de fond, qui doit relever de nombreux défis. Il s'agit d'abord de redéfinir les objectifs de la santé publique, à savoir des objectifs opérationnels en termes de réduction de la morbidité par de larges mesures préventives.
2. L'introduction de nouvelles visions dans la gestion des problèmes de santé publique devient une nécessité urgente qui devra impliquer les différents acteurs de la société, les secteurs économiques (les entreprises et les assurances) et politiques (les décideurs) Avec des plans communaux de développement, les élus locaux doivent être impliqués dans la gestion des problèmes de santé dans leur commune, et y répondre.
3. La mise en place d'une politique sanitaire basée sur des concepts modernes nouveaux de santé publique et sur une redéfinition des besoins en santé qui introduit la notion de bien-être social, avec un élargissement de la notion de prévention aux autres phénomènes de santé et aux autres secteurs d'activités.
4. La modernisation des services de santé, avec une recherche de l'efficacité d'abord devra être envisagée dans les différents plans communaux de développement. Ces projets à terme doivent être renforcés par des programmes de formation obligatoire et de réévaluation des conditions d'exercice des professionnels de la santé (A. Ouchfoune, 1999).

5. Il faudra relever ici les progrès réalisés dans la prise en charge des malades et mettre en relief les efforts du personnel de santé sans lesquels la situation serait beaucoup plus grave.
  
6. L'obtention d'un diplôme, ou d'un titre, sur la base des aptitudes et des connaissances acquises au travers de l'expérience professionnelle est un dispositif qui n'existe pas encore en Algérie. A l'instar des pays européens, la validation des acquis de l'expérience est une voie innovante d'acquisition d'une certification professionnelle, parce que les diplômes et les titres ne doivent pas être définis uniquement en termes de contenus de programmes, mais aussi en termes de maîtrise d'activités, de compétences et de connaissances liées à l'exercice professionnel.

## *Conclusion*

Les nouveaux enjeux pour la promotion des soins de santé publique dans notre pays impliquent l'urgence d'une réforme des objectifs de la santé publique et du système de santé en général. Une réforme qui doit échapper à la centralisation et aux monopoles de la décision, qui devra permettre d'améliorer l'efficacité des soins sur le terrain et une réhabilitation organisationnelle, fonctionnelle et dynamique des structures de soins, tous secteurs confondus.

La santé publique doit être réappropriée, en faveur de toutes les catégories d'usagers, par et pour le public. Elle doit être guidée par la revalorisation de la Science et des connaissances médicaux sanitaires au profit de toute la population et des malades en particulier. Ne dit-on pas que la puissance et le degré de civilisation d'une société se mesure aux dispositions qu'elle met en place pour aider ses membres les plus fragiles ?

## *Références bibliographiques*

1. Actualité et dossier en santé publique, 1997, n° 18. Les réformes des systèmes de santé. Spécificités et convergences.
2. **Amazian,k., Rossello, .J., Castella, A., Sekkat, S., Terzaki, S., Dhidah, L., Abdelmoumène, T.,** Fabry1 et les membres du réseau NosoMed EMHJ • Vol. 16 No.10 • (2010).
3. **Amhis. W.** (2014) microbiologiste et chef de service à l'établissement hospitalier public de Bologhine (Alger).
4. Approches européennes PAYS BAS Government Committee on Choices in Health Care, Choices in Health Care, 1992.
5. **Arrow, K.J.,** (1963) Uncertainty and the welfare economics of medical care, American Economic Review, LIII, 5, 941-973.
6. Article «Aux Etats-Unis, les Big Pharma testent de nouvelles stratégies», in: Le Monde du 2 mai 2007.  
  
Article :<http://www.liberte-algerie.com/sante/la-grande-tare-des-hopitaux-infections-nosocomiales-130564>
7. **Atif ML et al.** Evolution de la prévalence des infections nosocomiales dans un centre hospitalier universitaire en Algérie (2001-2005). *Médecine et Maladies Infectieuses*, 2006, 36(8):423–428.
8. Avis 57 "Progrès technique, santé et modèle de société : la dimension éthique des choix collectifs").
9. Avis n°43 du comité d'éthique, 23-11-1994.

10. Avis n°46, génétique et médecine : de la prédiction à la prévention, 30 octobre 1995.
11. **Badiou, A.** (1993) L'éthique. Paris, Hatier.
12. **Bekat-Berkani, M.** (2009) président du conseil national de l'ordre des médecins, ATSA. Entretien réalisé par HAMID guemache.
13. **Belaïd, A.** (2014) candidat à l'élection présidentielle mars 2014. « l'Algérie est victime d'une mauvaise gestion » article publié dans le quotidien national «*horizons* » <http://www.horizons-dz.com>
14. **Bengounia, A.** (2012) chef du service épidémiologie et médecine préventive au CHU Mustapha Pacha. Article réalisé par bouakba amel « La tribune ».
15. **Bernard, J., Hamburger, J.,** (1947) Association pour la recherche médicale.
16. **Blondeau., Danielle., et al** (1986) De l'éthique à la bioéthique. Montréal, Gaétan Morin.
17. **Bouziani, M.** « Chapitre 2. Les soins de santé publique : quels enjeux ? », *Journal International de Bioéthique*, 2002/3 Vol. 13, p. 27-35. DOI : 10.3917/jib.133.0027.
18. **Cadoux, I., Vuillet, S.,** (1998) Tavernier, Secret médical et informatique, Conseil d'Etat, Rapport public, Etudes et documents n° 49, et Rapport Braibant à paraître Documentation française.
19. **Chan, M.,** (2013) Directeur général de l'OMS Aide-mémoire N°323 Novembre 2013.
20. Comité technique national des infections nosocomiales. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, 1996. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 1997, 36:161–163.
21. Communication Partenaires Santé, 1995, 11.

22. Conseil de l'Europe : Recommandation n° R(99) 21 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les critères de gestion des listes d'attente et des délais d'attente des soins de santé (adoptée par le Comité des Ministres le 30 septembre 1999 lors de la 681ème réunion des Délégués des Ministres).
23. **David, G., Sureau, C.**, (2006) le rapport publié en 2006 par l'Académie nationale de médecine sous la direction de: «De la sanction à la prévention de l'erreur médicale : propositions pour une réduction des événements indésirables liés aux soins».
24. **Davis, Ann J.** (1989) in Marsha D.M. Fowler et June Levine-Aruff, *Éthique des soins infirmiers*, traduit par Françoise Bourgeois. Paris, Medsi/McGraw-Hill.
25. Déclaration UNIVERSELLE des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948 évoque «la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine».
26. **Djenane, K. professeur** le président du conseil de déontologie médicale. « séminaire à l'initiative de l'Association des sciences médicales Ibn-Sina, politique nationale de lutte contre les infections nosocomiales, le 22 avril 2014 ». journal national « *horizons* ».
27. **Dznet R. N.** (mardi 18 avril 2006) article réalisé par InfoSoir. (journal algérien).  
[http://www.algerie-actualites.com/article.php3?id\\_article=471](http://www.algerie-actualites.com/article.php3?id_article=471)
28. **El Amine, M.** article publié le mercredi 23 octobre 2013  
<http://www.maghrebemergent.com/component/k2/item/30984-les-penuries-de-medicaments-en-recul-en-algerie-mais-la-bureaucratie-menace.html>
29. Expertise collective INSERM Grande prématurité, dépistage et prévention du risque  
Ed. **INSERM**, 1997.
30. **Farbry, J. (2012)** rédacteur en chef de la revue *Hygiène*, l'asepsie est incontournable dans la maîtrise du risque infectieux. article publié dans *new press* entretien réalisé par soni.B.

31. **Garner JS et al.** CDC definitions for nosocomial infections, 1988. *American Journal of Infection Control*, 1988, 16:128–140.
32. **Gastmeier P et al.** Prevalence of nosocomial infections in representative German hospitals. *Journal of Hospital Infection*, 1998, 38:37–49.
33. **Gastmeier, P., et al.** (1998) Importance of the surveillance method: national prevalence studies on nosocomial infections and the limits of comparison. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 19:661–667.
34. **Grassin, M.**, 1976 « l'éthique de situation, organe de régulation sociale ».
35. **Grenier.B.** (2006) : “Justifier les décisions médicales et maîtriser les coûts”, 4e édition, Masson, Paris, 141 pages.
36. **Hadjar, K. (2012)** chef de service d'hygiène hospitalière et d'épidémiologie de Valence. article publié dans *new press* entretien réalisé par soni.B.
37. **HADJIAT, A.** Article publié le 14 mai 2013 dans le journal national « *la tribune* ».
38. **Hadorn, O.C.**, (1991) Setting health care priorities in Oregon, *JAMA*, 265, 2218-2225.
39. **HAMMA, A.** (2009). Journaliste du quotidien national d'information « liberté ».
40. **Heidegger, M.**, voit dans la technique la forme parfaite de l'oubli de l'être.
41. **Hiesse, C., Lucioli, E., Didier, H** (2002): “Les règles de répartition des organes aux malades en attente de greffe. —une évolution dans la direction de l'équité ?” in “Éthique médicale et biomédicale. Droits, enjeux, pratiques”, *Revue Française des Affaires Sociales*, 3: 181-196.

42. **Hirsch, M., et Jérôme Cordelier, J.**, (2004) “Manifeste contre la pauvreté”, Oh Editions, 180 p.
- [HTTP://FR.ALLAFRICA.COM/STORIES/201305150692.HTML](http://FR.ALLAFRICA.COM/STORIES/201305150692.HTML)
43. **JOHANET, G.**, (1998) L'égalité d'accès aux soins, Conseil d'Etat, Rapport public, Etudes et documents n° 49.
44. **Jon ELSTER, J.** (1993) L'éthique des choix médicaux, Arles, Actes Sud. version anglaise : 1994, The Ethics of Medical Choice, Londres, Pinter Publishers.
45. **Jonas, H.**, (1990) Le principe responsabilité, Ed du Cerf.
46. **Kallel H et al.** Prevalence of hospital-acquired infection in a Tunisian hospital. *Journal of Hospital Infection*, 2005, 59:343–347.
47. **Kant, E.** (1948) la perspective « égalitariste ».
48. **Ladrière, J.**, (1972) La science, le Monde et la Foi, Paris, Casterman, p. 91.
49. **Lenaghan, J.**, (12 janvier 1998) (Royaume-Uni) “ Evaluation des choix de santé ” réunion de la Conférence Permanente des Comités Nationaux d’Ethique Européens, Paris. Participation du public et justification des choix de santé.
50. **LERBERGHE, V.**, (2004) Directrice Générale de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris « enjeux éthiques ».
51. Les critères de gestion des listes d'attente et des délais d'attente des soins de santé - Rapport et recommandation n° R (99) 21 (2000).
52. **Mann, J.** (1998) : "La liaison entre la santé et les droits de l'homme ».
53. **Mattéi, J.F.** (2013) – Hôpital de la Timone Marseille.
54. **Meyrieux, A.**, (2007) Rapport moral sur l’argent dans le monde, 13<sup>e</sup> édition.

55. **Mill J-S.** (1988) L'utilitarisme (trad. G. Tanesse), Flammarion « Champs », Paris, [1861], p. 48.
56. **Moatti, J.P.** (2000): “Dons d’organes: Un révélateur des arbitrages entre l’efficience et l’équité dans le système de santé”, in “La greffe humaine. (In) certitudes éthiques: du don de soi à la tolérance de l’autre”, PUF, Paris.
57. Réseau d’alerte, d’investigations et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN). *Enquête de Prévalence Nationale 2001 - Résultats*. Paris, Institut de Veille Sanitaire, 2003.
58. **Williams, A.,** (1992) Cost-effectiveness analysis: is it ethical, *Journal of Medical Ethics*, 18, 7-11.
59. **Yousfi, M.** responsable du service infectiologie à l'hôpital de Boufarik. . « séminaire à l’initiative de l’Association des sciences médicales Ibn-Sina, politique nationale de lutte contre les infections nosocomiales, le 22 avril 2014 ». journal national « *horizons* ».

## ***Résumé***

L'éthique en santé publique fait actuellement l'objet d'un regain d'intérêt dû, en grande partie, aux défis présentés par les récentes éclosions de maladies infectieuses. Depuis la dernière décennie et peut-être plus particulièrement depuis le développement de traitements contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)/syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et suite à la crise du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), les professionnels de la santé, les universitaires et les décideurs sont de plus en plus confrontés aux dimensions morales liées à la protection et à la promotion de la santé des populations. Les objectifs généraux de la santé publique se distinguent nettement de ceux de la médecine clinique en raison de la priorité qu'elle accorde à la prévention et à la collectivité. Cette priorisation peut entraîner des interventions actives du gouvernement, impliquant parfois de lourds fardeaux ou des restrictions sur les droits individuels et collectifs. L'éthique en santé publique est donc davantage orientée vers la collectivité que l'éthique médicale et elle touche plus spécifiquement le quotidien des citoyens (Mattéi, J.F., 2013). Lorsqu'une maladie infectieuse affecte un nombre inhabituellement élevé de gens ou se répand mondialement dans des populations peu immunisées (comme ce fut le cas avec la récente pandémie d'influenza AH1N1 de 2009), les impératifs spécifiques de la santé publique exigent que des décisions difficiles soient prises. L'éthique pour la santé publique tient compte de l'importance des communautés saines et les intérêts des populations, en accordant une attention particulière aux personnes opprimées. Dans la partie pratique de notre étude, nous avons constaté que le manque d'hygiène dans les hôpitaux en Algérie est un véritable problème de santé publique. Ce dernier, est interprété par le pourcentage élevé des infections nosocomiales qui a dépassé 30% en 2014 ; contrairement à ceux des pays développés les infections liées aux soins ne dépassent pas 5%. La promotion de la santé publique dans notre pays pourrait être intéressante et doit passer forcément par une réforme de fond, qui doit relever de nombreux défis. Il s'agit d'abord de redéfinir les objectifs de la santé publique, à savoir des objectifs opérationnels en termes de réduction de la morbidité par de larges mesures préventives.

## ***Mots clés :***

Ethique médicale; Santé Publique; Infections Nosocomiales; Morbidité; Maladies infectieuses; Médicaments; Dépenses; Hygiène Hospitalière; Gestion; Prévention.